Über dieses Buch

Dies ist ein digitales Exemplar eines Buches, das seit Generationen in den Regalen der Bibliotheken aufbewahrt wurde, bevor es von Google im Rahmen eines Projekts, mit dem die Bücher dieser Welt online verfügbar gemacht werden sollen, sorgfältig gescannt wurde.

Das Buch hat das Urheberrecht überdauert und kann nun öffentlich zugänglich gemacht werden. Ein öffentlich zugängliches Buch ist ein Buch, das niemals Urheberrechten unterlag oder bei dem die Schutzfrist des Urheberrechts abgelaufen ist. Ob ein Buch öffentlich zugänglich ist, kann von Land zu Land unterschiedlich sein. Öffentlich zugängliche Bücher sind unser Tor zur Vergangenheit und stellen ein geschichtliches, kulturelles und wissenschaftliches Vermögen dar, das häufig nur schwierig zu entdecken ist.

Gebrauchsspuren, Anmerkungen und andere Randbemerkungen, die im Originalband enthalten sind, finden sich auch in dieser Datei – eine Erinnerung an die lange Reise, die das Buch vom Verleger zu einer Bibliothek und weiter zu Ihnen hinter sich gebracht hat.

Nutzungsrichtlinien

Google ist stolz, mit Bibliotheken in partnerschaftlicher Zusammenarbeit öffentlich zugängliches Material zu digitalisieren und einer breiten Masse zugänglich zu machen. Öffentlich zugängliche Bücher gehören der Öffentlichkeit, und wir sind nur ihre Hüter. Nichtsdestotrotz ist diese Arbeit kostspielig. Um diese Ressource weiterhin zur Verfügung stellen zu können, haben wir Schritte unternommen, um den Missbrauch durch kommerzielle Parteien zu verhindern. Dazu gehören technische Einschränkungen für automatisierte Abfragen.

Wir bitten Sie um Einhaltung folgender Richtlinien:

+ *Nutzung der Dateien zu nichtkommerziellen Zwecken* Wir haben Google Buchsuche für Endanwender konzipiert und möchten, dass Sie diese Dateien nur für persönliche, nichtkommerzielle Zwecke verwenden.

+ *Keine automatisierten Abfragen* Senden Sie keine automatisierten Abfragen irgendwelcher Art an das Google-System. Wenn Sie Recherchen über maschinelle Übersetzung, optische Zeichenerkennung oder andere Bereiche durchführen, in denen der Zugang zu Text in großen Mengen nützlich ist, wenden Sie sich bitte an uns. Wir fördern die Nutzung des öffentlich zugänglichen Materials für diese Zwecke und können Ihnen unter Umständen helfen.

+ *Beibehaltung von Google-Markenelementen* Das "Wasserzeichen" von Google, das Sie in jeder Datei finden, ist wichtig zur Information über dieses Projekt und hilft den Anwendern weiteres Material über Google Buchsuche zu finden. Bitte entfernen Sie das Wasserzeichen nicht.

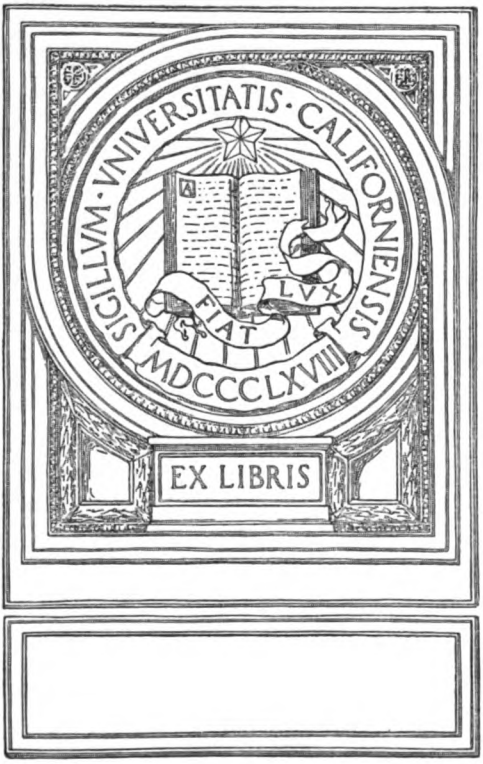
+ *Bewegen Sie sich innerhalb der Legalität* Unabhängig von Ihrem Verwendungszweck müssen Sie sich Ihrer Verantwortung bewusst sein, sicherzustellen, dass Ihre Nutzung legal ist. Gehen Sie nicht davon aus, dass ein Buch, das nach unserem Dafürhalten für Nutzer in den USA öffentlich zugänglich ist, auch für Nutzer in anderen Ländern öffentlich zugänglich ist. Ob ein Buch noch dem Urheberrecht unterliegt, ist von Land zu Land verschieden. Wir können keine Beratung leisten, ob eine bestimmte Nutzung eines bestimmten Buches gesetzlich zulässig ist. Gehen Sie nicht davon aus, dass das Erscheinen eines Buchs in Google Buchsuche bedeutet, dass es in jeder Form und überall auf der Welt verwendet werden kann. Eine Urheberrechtsverletzung kann schwerwiegende Folgen haben.

Über Google Buchsuche

Das Ziel von Google besteht darin, die weltweiten Informationen zu organisieren und allgemein nutzbar und zugänglich zu machen. Google Buchsuche hilft Lesern dabei, die Bücher dieser Welt zu entdecken, und unterstützt Autoren und Verleger dabei, neue Zielgruppen zu erreichen. Den gesamten Buchtext können Sie im Internet unter `http://books.google.com` durchsuchen.

Digitized by Google

SCHOOL OF MEDICINE
LIBRARY



Digitized by Google

Digitized by Google

Digitized by Google

Digitized by Google

Digitized by Google

DERMATOLOGISCHE WOCHENSCHRIFT

FRÜHER: MONATSHEFTE FÜR PRAKTISCHE DERMATOLOGIE

UNTER MITWIRKUNG VON

A. ALEXANDER-Berlin, J. ALMKVIST-Stockholm, G. ARNDT-Berlin, E. ARNING-Hamburg, C. BECK-Budapest, B. BERON-Sofia, S. BETTMANN-Heidelberg, H. BOAS-Kopenhagen, M. BOCKHART-Wiesbaden, C. BRUCK-Altona, C. BRUHNS-Berlin, E. BRUUSGAARD-Christiania, A. BUSCHKE-Berlin, J. CAPPELLI-Turin, S. MENDES DA COSTA-Amsterdam, K. DOHI-Tokio, S. EHRMANN-Wien, M. F. ENGMAN-St. Louis, J. FABRY-Dortmund, J. v. FICK-Wien, E. FINGER-Wien, W. FISCHER-Berlin, E. FRAENKEL-Hamburg, R. FRÜHWALD-Chemnitz, E. GALEWSKY-Dresden, M. HAASE-Memphis, Tenn., L. HALBERSTAEDTER-Charlottenburg, J. HELLER-Charlottenburg, K. HERXHEIMER-Frankfurt a. M., M. HODARA-Konstantinopel, E. HOFFMANN-Bonn, H. HÜBNER-Elberfeld, W. W. IWANOW-Moskau, J. JADASSOHN-Breslau, A. JORDAN-Moskau, M. JOSEPH-Berlin, E. KLAUSNER-Prag, V. KLINGMÜLLER-Kiel, W. KOLLE-Frankfurt a. M., A. KOLLMANN-Leipzig, E. KROMAYER-Berlin, F. v. KRZYSZTALOWICZ-Warschau, R. LEDERMANN-Berlin, H. P. LIE-Bergen, E. MEIROWSKY-Cöln, L. MERK-Innsbruck, G. J. MESTSCHERSKY-Moskau, L. MOBERG-Stockholm, E. MORO-Heidelberg, P. MULZER-Hamburg, O. NAST-Danzig, E. NATHAN-Nürnberg, L. NIELSEN-Kopenhagen, P. W. NIKOLSKI-Rostow a. D., G. NOBL-Wien, J. ODSTRČIL-Olmütz, M. OPPENHEIM-Wien, T. P. PAWLOW-St. Petersburg, M. PELAGATTI-Parma, A. PERUTZ-Wien, H. C. PLAUT-Hamburg, S. POLLITZER-New York, C. POSNER-Berlin, G. de PROBIZER-Rovereto, C. RASCH-Kopenhagen, M. L. RAVITCH-Louisville, Ky., E. RIECKE-Göttingen, P. RUSCH-Wien, F. SAMBERGER-Prag, J. F. SCHAMBERG-Philadelphia, W. SCHOLTZ-Königsberg i. Pr., J. SCHUMACHER-Berlin, E. SEDERHOLM-Stockholm, O. SEIFERT-Würzburg, L. TÖRÖK-Budapest, A. TRtB-Brünn, P. UHLENHUTH-Freiburg i. B., K. ULLMANN-Wien, F. v. VERESS-Budapest, H. VÖRNER-Leipzig, W. WECHSELMANN-Berlin, J. WERTHER-Dresden, CH. J. WHITE-Boston, P. WICHMANN-Hamburg, U. J. WILE-Ann Arbor, F. WINKLER-Wien

HERAUSGEGEBEN VON

P. G. UNNA — HAMBURG
J. H. RILLE — LEIPZIG
E. DELBANCO — HAMBURG

ACHTZIGSTER BAND

1925

JANUAR BIS JUNI (Nr. 1—26)

MIT 68 SCHWARZEN UND 3 FARBIGEN ABBILDUNGEN IM TEXT

LEIPZIG / VERLAG VON LEOPOLD VOSS / 1925

Digitized by Google

Druck von Grimme & Trömel in Leipzig

Digitized by Google

Inhaltsverzeichnis.

Originalarbeiten.

Seite

Beitrag zur Kenntnis des Syringoms. Von Oskar Kiess 1
Über einen Fall von brauner Chromidrose. Von A. M. Schoch 12
Erfahrungen mit dem neuen Lupusheilmittel Pyotropin. Vorläufige Mitteilung. Von Wolfgang Albert 15
Über die Anwendung von Andriolpräparaten. Von Johann Schubert 17
Die Leuchtvorgänge an der menschlichen Haut und ihre Beziehung zum Talgstoffwechsel. Von Ferdinand Winkler 20
Versuche der Behandlung der Syphilis mit Spirobismol. Von S. Bogdanow . . . 25
Über Beobachtungen, betreffend die Ätiologie der Acne vulgaris. Von Gustav Stümpke 45
Die Behandlung der Mikrosporie mit Tartarus-stibiatus-Salbe (nach Oppenheim) und hierbei auftretende besondere Eigentümlichkeiten des Verlaufes dieser Erkrankung. Von Erich Steiner 51
Cutren und Neo-Cutren. Von L. Kislitschenko 55
Die gesetzliche Regelung der Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten. Von E. Delbanco 62, 96, 127
140 Fälle von Alopecia areata. Von Arthur Jordan 85
Das Problem der Übertragung der angeborenen Syphilis. Von Hans Rietschel 91, 123
Beitrag zur Frage der Kalkansammlungen in der Haut. Von H. Guhrauer . . . 113
Zur intravenösen Bromtherapie bei Hauterkrankungen. Von C. Wolff 116
Über das Leukoderma solare. Von A. A. Feldmann 117
Nachtrag zu meiner Arbeit: „Über Mercutin, einem Quecksilberpuder, und über Quecksilbergleitpuder". Von E. Delbanco 131
Ichthoxylum. Ein neues Heilmittel. Von Fr. Šamberger 153
Über eine eigenartige Dermatose bei Polycythaemia rubra. Von Erwin Pick und Paul Kaznelson 159
Die chirurgische Behandlung des nicht heilenden Pruritus ani, zugleich ein Vorschlag zur radikalen Behandlung schwerster Formen von chronischem Ekzem. Von Ludwig Frankenthal 163
Mitteilung eines eigenartigen Falles von unterminierter Narbenbildung am behaarten Kopfe nach chronischer Eiterung. Von Georg-Dietrich Koehler 170
Beiträge zur experimentellen Physiologie und Pathologie des männlichen Genitales. 3. Mitteilung: Der Einfluß der Änderung der Wasserstoffhydroxylionen auf die Tätigkeit des Samenstranges. Zur Analyse der Ionenwirkung. Von Alfred Perutz und Konrad Merdler 172
Stabiles bzw. kontinuierlich rezidivierendes scharlachartiges Exanthem bei Lungentuberkulose. Von Adrien Schoch 197
Ein Fall von Toxicoderma menstruale mit erysipeloidähnlichen Symptomen. Von Karl v. Berde 201
Zur Kasuistik des Ulcus molle serpiginosum. Von Martin Gross 205
Zur Frage einer abgekürzten Seruminaktivierung bei der Wassermannschen Reaktion. Von H. G. Rottmann 216
Zur Ätiologie der Alopecia areata. Von A. Buschke und Bruno Peiser 237
Die Verwendung des Amylnitrits in der Dermatologie. Von Ferdinand Winkler 243, 293
Neue Untersuchungen über die Ätiologie und Pathologie der erblichen Mißbildungen der Haut (der sog. Genodermatosen). Von Meirowsky 249

79384

Digitized by Google

Seite

Über die Erbbedingtheit der Muttermäler. (Kurze Entgegnung auf die Ausführungen Meirowskys und Levens). Von Hermann Werner Siemens 252
Spargeldermatitis. Von Alfred Sternthal 254
Zur Symptomatologie der chronischen Prostatitis und Spermatozystitis mit Bemerkungen über prophylaktische Massage und periodische Behandlung der Prostata. Von Emanuel Wohlstein 256
Differente Beurteilung der Salizylsäure- und Thymusbehandlung bei der Psoriasis. Von K. Schreiner 281
Lumi — ein Apparat zur Bereitung von Kohlensäureschnee. Von A. Paldrock 285
Zur Ätiologie der Alopecia areeta. Von A. Buschke und Bruno Peiser 287
Zur Behandlung der Gonorrhoe mit Auto- oder Frischvakzine. Von Emil Kropp 298
Über einen Fall von Angiokeratoma Mibelli. Von F. Goldschlag 321
Untersuchungen über die Versilberung der Spirochaeta pallida im Gewebe. Von Walter Krantz 323
Über intravenöse Luetinapplikation. Von H. Planner 330
Schädigungen der Niere und der ableitenden Harnwege durch Wismut. Von W. Engelhardt 338
Drei historische Fixpunkte im Bekanntwerden der Syphilis. Von Karl Sudhoff 361
Beitrag zur Behandlung inveterierter Luesfälle. Von Georg Schallinger 365
Zur Methodik der Meinicke-Mikroreaktion (zugleich ein Beitrag zur Kenntnis der Reaktionsbedingungen der MTR). Von Paul Dohnal 367, 408
Noch einmal meine Schnellfärbung der Spirochaeta pallida mit Viktoriablau 4 R. Schlußwort auf Schumachers Bemerkungen zu meiner Arbeit in Nr. 32 dieser Wochenschrift. Von H. Mühlpfordt 371
Schädigungen der Niere und der ableitenden Harnwege durch Wismut. Von W. Engelhardt 372
Nachtrag zu meiner Arbeit: Herpes zoster nach Salvarsanbehandlung bei einem kleinen Kinde in Bd. 79, Nr. 49 dieser Wochenschrift. Von Richard Frühwald 377
Über Leucoderma acquisitum centrifugum (Sutton). Von Franz v. Poor 401
Zur Behandlung der Psoriasis mit Natrium salicylicum. Von Alfred Sternthal und Paul Tachau 405
Bemerkung über Dermoreaktionen. (Zu der Arbeit von J. Sellei und J. Fenyö: „Über die mittels Iontophorese entstandene Dermoreaktion".) Von W. Heubner 406
Antwort auf Heubners „Bemerkung über Dermoreaktion". Von Joseph Sellei und Johann Fenyö 407
Urethritis posterior chronica mycotica. Von W. Frei 411
Untersuchungen über einen Tuberkelbazillenstamm aus der Lunge einer Patientin mit Boeckschem Sarkoid. Von A. Keck und Michalik 429
Über Lupusbehandlung mit dem Tuberkuloseheilmittel Angiolymphe. Von L. König 432
Über isolierte Vulvovaginitis oidiomycotica und Balanoposthitis oidiomycotica als konjugale Infektion bei einem gesunden Ehepaar. Von T. Benedek 435
Ist Bismogenol frei von ernstlichen Nebenwirkungen? Von R. Steincke 442
Zur Rivanoltherapie der männlichen Gonorrhoe. Von A. Kartamischew und R. Lewith 446
Über den Einfluß kurzwelliger (ultravioletter) Strahlen auf die Permeabilität der Haut (zugleich ein Beitrag zur Genese der Kalziumverschiebung). Von Oskar Gans und Hans Schlossmann 469
Ein Fall von Hautaspergillose der linken Wange. Von Menahem Hodara und Houloussi Behdjet 476
Über eine kolloide Eisen-Aluminiumlösung und neuere Wege in der Syphilistherapie. Von Ed. Richter 479
Die Reaktion der Haut von Ekzemkranken gegen Kokken und deren Toxine. Von F. M. Peter 501
Zur Pharmakologie und Toxikologie des Wismuts. Von J. G. Heckelmann 508, 546, 585
Über Wismutbehandlung der Gonorrhoe. Von F. Landt 515
Francisco Diaz, der erste Urologe. Von Fritz Lejeune 516
Max von Zeissl †. Von R. Frühwald 519
Kombination von Friedreichscher Ataxie und Haaranomalie. Von Leonhard Leven 541
Über eine seltene durch Paraffininjektion hervorgerufene Selbstbeschädigung. Von A. Nadel 543

Digitized by Google

Seite

Zur Behandlung des Ulcus molle serpiginosum. Bemerkung zu der Arbeit von Martin Gross in der Derm. W., Bd. 80, Nr. 6. Von A. Buschke und Otto Leissner 544
Behandlung der Gonorrhoe durch Vakuum. Von Gáspár von Geist 553
Giorgio Nicolich †. Von E. Freund 555
Ekzem als Folge einer Unfallneurose. Von E. Brill 569
Über ein Angiokeratom der Zunge. Von W. Richter 574
Syphilis im 11. Jahrhundert. Von Ph. Hildebrandt 576
Experimentelle Untersuchungen über die Wirkung der Radix Sarsaparillae. Von A. Perutz 579
Zur Stovarsolfrage. Von Paul Beutl 582
Ein seltener Fall von im Anschluß an benigne fibromatöse Tumoren aufgetretener juveniler Form von Acanthosis nigricans mit histologischer Untersuchung. Von Menahem Hodara und Houloussi Behdjet. Aus dem Französischem übersetzt von Ernst Levin 609
Ein anthropologischer Beitrag zur Nävusfrage, besonders zur Frage des Vorkommens von Pigmentmälern, Lentigines und Epheliden bei Mischung verschiedener Rassentypen. Von Samuel Heckscher 613
A. v. Wassermann †. Von Fritz Lesser 621
Viktor Janovsky †. Von A. Tryb 623
Über die Bowensche Dermatose. Von C. Gutmann 641, 676
Die Doldsche Trübungs- und Flockungsreaktion. Von Fritz Kasper 645
Die Feier von J. H. Rilles 60. Geburtstag. Von R. Frühwald 653
Beiträge zur Kasuistik der multiplen Leiomyome der Haut. Von G. Hagena . . 673
Zur Frage über die Einwirkung von Wismut auf die morphologische Zusammensetzung des Blutes. Von A. D. Bernstein 685
Über Chilblainlupus. Von F. M. Peter 708, 738
Zur Ursache des Ekzems der Bäcker. Von Herbert Mühlpfordt 708
Familiärer Typus der Syphilis. Lupoide Lues bei Mutter und Sohn in gleicher Lokalisation, beim Sohn in Kombination mit Kankroid auf lupoider Syphilis. Von Adrien Schoch 711
Über die diagnostische Bedeutung der Senkungsgeschwindigkeit roter Blutkörperchen in der Dermatologie. Von Thomas Preininger 733
Beitrag zur Behandlung der Psoriasis. Von Karl Skutezky 743
Die Bismutpräparate in der Behandlung der Syphilis. Von G. B. de Stefani. Aus dem Italienischen übersetzt von Giovanina Menz 746
Beitrag zu den seltenen Mykosen: über eine durch Akremonium verursachte Pilzerkrankung. Von O. Grütz 765
Über das Jucken. Von Josef Sellei 774
Die Behandlung der Gonorrhoe mit Targesin. Von Max Kärcher 783
Beitrag zur normalen und pathologischen Anatomie der männlichen Harnröhrenschleimhaut und ihrer drüsigen Anhänge. Von K. Wiede 793
Gustav Behrend †. Von Ernst Levin 806
Zur Fox-Fordyceschen Krankheit. Von H. Fischer 821
Ein weiterer Beitrag zu der intravenösen Bromtherapie. Von Karel Hübschmann 828
Zum Problem der Salvarsanwirkung. Schlußwort zu der gleichnamigen Arbeit von H. Mühlpfordt in Bd. 79, Nr. 42b dieser Wochenschrift. Von Josef Schumacher 833
Die Wirkung des Salvarsans auf die Syphilisspirochäte. Schlußwort und Antwort zu vorstehender Arbeit von J. Schumacher. Von H. Mühlpfordt 837
Die in Ungarn vorkommenden pathogenen Pilze auf der Haut und ihren Anhängen. Eine neue Trichophytieart (Trichophyton fuscum sulcatum). Von Eduard Neuber 861
Syphilitische Neuansteckung nach Northovan-Spirocidabortivkur. Von Hans Krösl 873
Beitrag zur Krysolganbehandlung des Lupus erythematodes. Von Friedrich Heise 893
Über Helminthen bei Hautkrankheiten und ihre Behandlung. Von Josef Schütz 897
Zur Methodik der Meinicke-Mikroreaktion. (Zugleich ein Beitrag zur Kenntnis der Reaktionsbedingungen der MTR.) Von Ernst Meinicke 899
Schlußwort zu den vorstehenden Bemerkungen Meinickes. Von Paul Dohnal . . 901

Digitized by Google

Seite

Versammlungen.

Berliner Dermatologische Gesellschaft 301, 521, 715
Versammlung Südwestdeutscher Dermatologen 377
Wiener dermatologische Gesellschaft 132, 175, 219, 658, 840
Wissenschaftliche Ärztegesellschaft Innsbruck 341

Fachzeitschriften.

Acta dermatologica 306, 348, 484, 559, 874
American Journal of Syphilis 143, 385
Annales de Dermatologie et de Syphiligraphie 66, 185, 452, 590
Annales des Maladies Vénériennes 31, 72, 227, 388, 592, 875
Archiv für Dermatologie und Syphilis 748, 901
Archives of Dermatology and Syphilology 147, 306, 389, 560, 810
Börgyógyászati Urologiai és Venerologiai Szemle 344
British Journal of Dermatology and Syphilis 32, 186, 305, 387, 487, 811
British Medical Association 417
Bulletin de la Société Française de Dermatologie et de Syphiligraphie 72, 415, 557, 623
Ceská Dermatologie 144, 262, 454
Dermatologische Zeitschrift 30, 142, 342, 451, 788
Dermato-urologische Gesellschaft Kanazawa 71
Dermato-urologische Gesellschaft Nagasaki 70
Dermato-urologische Gesellschaft Niigata 71
Dermato-urologische Gesellschaft Osaka 71
Dermato-urologische Gesellschaft Tokio 70
Giornale italiano delle malattie veneree e della pelle 448, 522
Japanese Journal of Dermatology and Urology 69, 262, 452, 784
Journal d'Urologie 226, 260, 450, 455, 806
Proceedings of the Royal Society of Medicine 227, 453, 786
Réunion Dermatologique de Nancy 100, 594
Réunion Dermatologique de Strasbourg 26, 593
Revista Dermatologica Argentina 524
Russkij Wjestnik Dermatologii 33, 225, 309, 347, 488, 591, 809
Urologic and Cutaneous Review 68, 184, 308, 483, 625, 875
Venerologia und Dermatologia 101, 311, 486, 876
Zeitschrift für Urologie 34, 182, 556, 842

Personalien: 44, 84, 152, 196, 236, 280, 320, 400, 468, 500, 568, 640, 672, 732, 762, 792, 820.

Digitized by Google

Dermatologische Wochenschrift

Nr. 1 (Bd. 80) 3. Januar 1925

Aus der Dermatologischen Klinik der Universität Leipzig (Direktor: Prof. Dr. Rille).

Beitrag zur Kenntnis des Syringoms.

Von

Dr. Oskar Kiess.

Mit 7 Abbildungen im Text.

In der ersten von Jaquet-Darier stammenden Mitteilung über Syringome sind diese auf der unteren Halspartie, in den oberen Schlüsselbeingruben, auf den vorderen Achselfalten, der Innenseite der Oberarme und der Vorder- und den Seitenflächen des Thorax und Abdomens bis herab zum Nabel verteilt, also nach Jaquet hauptsächlich auf den Körperstellen, die vom Vorderteil eines Kürasses bedeckt werden. Auch in den späteren Beobachtungen sind in der weitaus überwiegenden Mehrzahl diese Effloreszenzen allein auf den genannten Stellen angetroffen worden, natürlich abgesehen von den Fällen, in denen sie nur auf den Augenlidern, in den Augenwinkeln und auf den Seitenflächen des Nasenansatzes lokalisiert waren. Deswegen verdienen die Fälle, bei denen die Syringome noch anderweitig sich vorfinden, bzw. fast über die ganze Körperoberfläche verbreitet sind, wie es in dieser unserer Beobachtung der Fall ist, noch immer besondere Aufmerksamkeit, zumal wir speziell diesen Fall über Jahre hinaus beobachten und wiederholt auch histologisch untersuchen konnten. So war es möglich, daß wir uns näher mit dem allmählichen Entstehen der Einzeleffloreszenzen befassen konnten, einer Beobachtung, die in ähnlicher Weise bisher anscheinend nur von Bernard, Guth (II), Stockmann (I) und Nobl gemacht worden ist.

Von unseren sonstigen Syringomfällen wiesen alle anderen sechs die klassische Lokalisation wie bei Jacquet-Darier auf. Nur einmal fanden sich vereinzelte Knötchen auch auf den Oberarmaußenseiten. Fünf unserer Beobachtungen waren männlichen, zwei weiblichen Geschlechts, also entgegen dem sonstigen Überwiegen der Krankheitsfälle bei den Frauen ein wohl mehr zufälliges Prävalieren der Männer. Bei allen waren die Knötchen erst nach der Kindheit, zeitigstens im dritten Jahrzehnt bemerkt worden.

86jähr. Mann; guter Ernährungszustand und Körperentwicklung; mäßige Kyphoskoliose; nie ernstlich krank gewesen. Beginn des Hautleidens 1918; außer Juckreiz nachts im Bett und überhaupt, wenn Pat. warm wird, nie Beschwerden. So gibt Pat. an, jetzt auch auf dem Rücken diesen Juckreiz zu verspüren, wo in der Tat entgegen dem früheren Befund neue kleine und kleinste Effloreszenzen entstanden sind. Daneben noch das Gefühl des Wundseins auf dem Rücken. Schweißsekretion unverändert.

Digitized by Google

Befund: Im rechten inneren und äußeren Augenwinkel und 1 cm unterhalb desselben, im linken inneren Augenwinkel und im gleichseitigen oberen und unteren Lid zusammen ungefähr ein Dutzend bis gut hanfkorngroße, rundliche, wenig scharf abgesetzte, weißlich-gelbliche und mehr flachere, polygonale, scheinbar aus mehreren dichtgedrängt stehenden Effloreszenzen gebildete, sonst ebensolche Knötchen. Sonstiges Gesicht, der behaarte Kopf und der Hals frei. Erst in seinem Übergange zu den Supraklavikulargruben, in der Suprasternalgrube, besonders auf der Brust über dem Sternum und um die Mamillen, sehr reichlich in der ganzen Ausdehnung der Achselhöhlen, überhaupt in dem Raume zwischen vorderer und hinterer Axillarfalte, dann herab bis zwei Querfinger oberhalb des Nabels typische, mattrosafarbene, gut linsengroße Knötchen mit glatter, glänzender Oberfläche bei erhaltener Hautfelderung. Auf dem Abdomen werden sie spärlicher, nehmen in den beiden Leisten an Zahl wieder zu und bedecken auch beide Oberschenkel auf deren Vorder- und Innenseite auf der oberen Hälfte. Weiterhin reichlich befallen ist ebenfalls wieder die Oberhälfte des Penisschaftes; das Skrotum ist frei. Auf den Armen sitzen sie in spärlicher Anzahl im oberen Drittel der Innenseite.

Auf dem Rücken beginnen sie in der Höhe des 7. Halswirbels und verteilen sich von da symmetrisch nach rechts und links bis ungefähr zur Mitte der Schulterblätter. Von hier ab sind sie auf den Seitenflächen nur in spärlicher Zahl zu finden, während sie besonders zahlreich zwischen den Schulterblättern vorhanden sind und hier ungefähr bis zum 11. bzw. 12. Brustwirbel herabreichen, die Wirbelsäule dabei nach rechts und links in einem ungefähr vier Querfinger breitem Raume überragend. In Höhe der 4. Rippe befindet sich auf der Brust, den Seitenflächen und dem oberen Rücken eine gut handbreite Zone, in der die Effloreszenzen fast gürtelförmig um den Oberkörper herumziehen.

Während Größe und Aussehen der Effloreszenzen im allgemeinen auf allen Körperstellen gleich sind und eine gewisse Anordnung entsprechend der Spaltrichtung der Haut erkennen lassen, finden wir besonders auf den Seitenflächen des Thorax und zwischen den Schulterblättern Abweichungen. Auf den Seitenflächen stehen die Knötchen zu kurzen 2—3 cm langen Streifen, zu bis ungefähr zweipfennigstückgroßen Scheiben und zu Kreissegmenten konfluiert. Zwischen den Schulterblättern sind die größten, regellos verstreuten Knötchen bis höchstens stecknadelkopfgroß und nur wenig, für den palpierenden Finger jedoch deutlich erhaben, während die kleinsten, gerade noch für das Auge erkennbaren Effloreszenzen keine Erhabenheit aufweisen und nur als einfache Fleckchen imponieren. Beider Farbe ist eine leicht gelblich-rötliche, die aber ebenso wie die Konsistenz der Knötchen wechselt. Am Morgen kaum sichtbar und nur wenig erhaben, stellen sie sich am Nachmittag und Abend erst als dunkelrote Knötchen dar. An den Fleckchen ist nur die Farbenveränderung nachweisbar, und zwar derart, daß sie erst zu den angegebenen Tageszeiten deutlich in Erscheinung tritt.

Der zwischen den Schulterblättern erhobene und von dem auf dem übrigen Körper vorhandenen abweichende Befund steht nicht ohne Analoga in der Literatur da. In derselben Region beschreibt Guth (II) als gelblich-braune Farbenveränderungen imponierende Effloreszenzen und am Halse Stockmann (I) unsichere Flecke. Bernard fand die Initialeffloreszenzen charakterisiert durch ganz leichte Erhabenheit; sie glichen kleinen, fast glanzlos weißen, wenig scharf umschriebenen, noch nicht stecknadelkopfgroßen Knötchen, neben den noch winzig kleine, erst bei genauem Zusehen auffallende Erhabenheiten vorhanden waren. Weder unter sich noch im Vergleiche mit unserem Falle weisen diese vier Beobachtungen eine besondere Übereinstimmung auf. So fehlen bei Stockmann (I) die Angaben über Farbe und Veränderlichkeit. Guths (II) Beschreibung unterscheidet sich von der unserigen durch den gelblichbraunen Farbenton, und die von Bernard gefundenen kleinsten Erhabenheiten bilden mehr einen Übergang zwischen unseren Flecken und kleinsten Knötchen, sind aber wiederum von diesen durch ihre weiße Farbe verschieden. Auch hier vermissen wir weiterhin die von uns festgestellte wechselnde Intensität der Rötung und der Erhabenheit.

Digitized by Google

Aus der Literatur sind bisher rund 170 Syringomfälle von rund 110 Autoren bekannt geworden. Da somit das Krankheitsbild des Syringoms kein allzu seltenes mehr ist, werde ich mich in der nun folgenden Besprechung nur auf die Abweichung von der Norm betreffend Lokalisation, Aussehen, Anordnung, subjektive Beschwerden usw. beschränken. Von den oben erwähnten Fällen kommen hierfür 46, mithin rund ein Viertel, in Betracht.

Nächst der Vorder- und den Seitenflächen des Stammes ist der Rücken in erster Linie der Sitz der Syringome; und zwar ist es besonders der obere Rücken (Gassmann [I], in Höhe des 7. Halswirbels, Howard Fox, Ormsby), insbesondere in der Skapularregion (Sequeira, Hudelo-Oury-Caillau, Stockmann [I], Guth [II], Quinquaud, Neu-

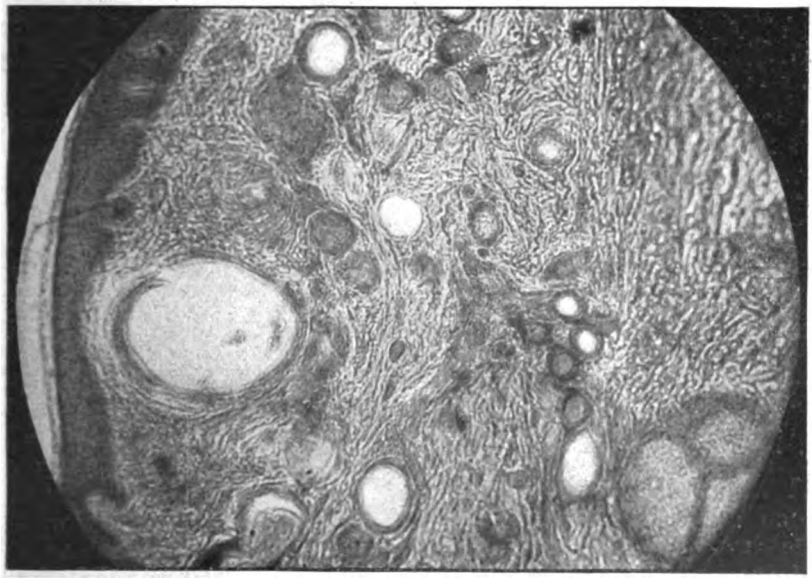


Abb. 1.

mann [II], wir), in der die Effloreszenzen, meist nur in geringer Anzahl (Harris, Mc Kee [I und II], Fiocco, Arzt, Teljev), angetroffen werden. In der Interskapularregion wie in unserem Falle sahen Syringomknötchen nur noch Guth (II) und Howard Fox und in weiterer Ausdehnung, als eben angeführt, nämlich in der Sakralregion, neben uns allein noch Stockmann I und Winkler, letzterer hier sogar reichlicher als auf dem oberen und mittleren Rücken. Bekanntlich pflegen ja die Syringome an Zahl von oben nach unten abzunehmen. Auf dem Gesäß wurden sie bisher zweimal von Quinquaud und Ormsby angetroffen.

Die zweite Stelle wird von den Extremitäten eingenommen, bei denen wieder die Ober- vor den Unterextremitäten und die Oberarme und Oberschenkel vor den Vorderarmen und Unterschenkeln rangieren. Von Mc Kee und White werden die Arme ganz allgemein, von Ormsby

Digitized by Google

die Arme und Vorderarme, von REBAUDI die Arme, besonders die Vorderarme, und zwar die Beugeseiten der Gelenke, und von PASINI die Oberarme erwähnt. Andere Beobachter fanden Syringome vereinzelt im oberen Oberarmdrittel (NAEGELI), auf den Streckseiten der Arme (GUTH [II]), auf den Beugeseiten (STOCKMANN [I und III]), auf der Außenseite der Oberarme (HOWARD FOX und JAHR), auf der Vorderseite (PHILIPPSON und wir), auf der Innenseite (JAQUET-DARIER und wir), auf der Rückseite (PHILIPPSON und wir), auf dem linken Vorderarme (CRAWFORD), auf den Außenseiten der Vorderarme (HOWARD FOX) und auf den Beugeseiten (SAALFELD-OESTREICH [II]). Auf einem Handrücken, dem linken, hat bisher nur QUINQUAUD Syringomknötchen nachgewiesen.

Ähnlich verhalten sich die Unterextremitäten. Hier finden wir die

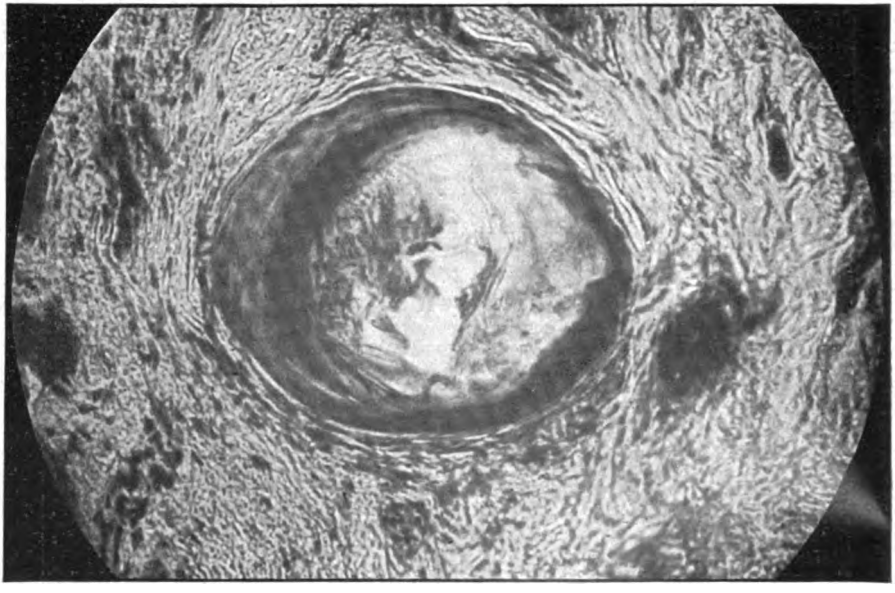


Abb. 2.

Oberschenkel mit Effloreszenzen besetzt bei ORMSBY, WINKLER und REBAUDI, ihre Innenseite bei MC DONAGH (I), STOCKMANN (I), QUINQUAUD und uns, die Vorderseite bei STOCKMANN (I), KYRLE und uns, die Außenseite bei HOWARD FOX, wobei bei uns die obere Hälfte, bei QUINQUAUD nur das obere Drittel der Oberschenkel beteiligt waren. ORMSBY allein konnte sie auch auf den Unterschenkeln und STOCKMANN (I) auf dem inneren Fußrand bis zum Malleol. intern. feststellen.

Als ganz besondere Seltenheit verzeichnen den Sitz von Syringomen auf dem Penis QUINQAUD, WINKLER und wir, neben dem Penis auch auf dem Skrotum allein WINKLER. Dabei weist der WINKLERsche Fall noch die Besonderheit auf, daß die Syringome nur auf diese Körperpartien beschränkt waren, Beobachtungen, wie sie bis jetzt nur in ganz geringer Zahl, z. B. noch von ALEXANDER, BUSCHKE und von SCHOLZ-SADEBECK allein in

Digitized by Google

den Leistenbeugen, von Crawford lineär und in Grüppchen auf dem linken Vorderarm und von Hudelo-Oury-Caillau, nur ein Herd hinter der linken Schulter, mitgeteilt worden sind. Entsprechend selten ist auch der Befund von Syringomen auf den äußeren weiblichen Genitalien und bisher nur Rusch, auf der Außenseite der Schamlippen, geglückt.

Als ungewöhnlicherweise mit erkrankte Regionen im Gesicht sind neben Allgemeinangaben, wie „Gesicht überhaupt" (How. Fox, Ormsby, Dreyer), oder „im Gesicht verstreut" (Elschnig), die Wangen unterhalb der Augenlider (Wise), die linke Stirn- und rechte Schläfenseite (Sutton und Dennie), die Stirn- und Unterkinngegend (Stockmann III), die Mund- und Kinngegend (Pernet), die Ohren, das Kinn und die Backen (Jahr) aufgeführt.

Abb. 3.

So häufig die Seitenflächen des Thorax, die von allen Lieblingsstellen wieder mit an erster Stelle stehen, in Mitleidenschaft gezogen sind, fast regelmäßig bleiben die Achselhöhlen verschont, und Jaquet und Darier, Török und Guth II weisen bei ihren ausgedehnten Befunden gerade auf den Seitenflächen auf das Freibleiben der Axillae noch ausdrücklich hin. In ganzer Ausdehnung waren sie allein bei uns mit den Effloreszenzen wie übersät. Crocker stellte sie vereinzelt ebenfalls in beiden, Quinquaud nur in der linken, White in der vorderen Hälfte wiederum beider Achselhöhlen fest.

Ist die mehr oder weniger symmetrische Anordnung der Syringome entsprechend oder nur annähernd entsprechend der Spaltrichtung der Haut neben völlig regelloser Verteilung eine häufiger gemachte Beobachtung, so gehört das Zusammentreten der Knötchen zu Streifen, Kreisen und

Digitized by Google

Scheiben zu den Ausnahmefällen, und findet sich besonders auf den Seitenflächen des Stammes, z. B. bei uns als Kreissegmente, Streifen und Scheiben. Gruppierte bzw. agglomerierte Knötchen auf anderen als auf den eben genannten Körperstellen erwähnen Lipschütz bzw. Neumann, beide auf den Lidern, manchmal konfluierende Gassmann III und wir (ebenda), Streifen und Gruppenform Stockmann auf der Brust, Gruppierung und Konfluenz von 4—5 Knötchen How. Fox, teilweise konfluierende Elemente Bussalai auf Brust und Hals, gewisse Konfluenz Bernard. Mitunter stehen die Knötchen so dicht gedrängt, daß sie einer Lichenplaque ähneln (Saalfeld-Oestreich III), die Haut ganz unregelmäßig, wie chagriniert aussieht (Bernard), oder eine unregelmäßige, chagrinierte Scheibe (Hudelo-Oury-Caillau) bilden. Solche Streifen oder Herdform,

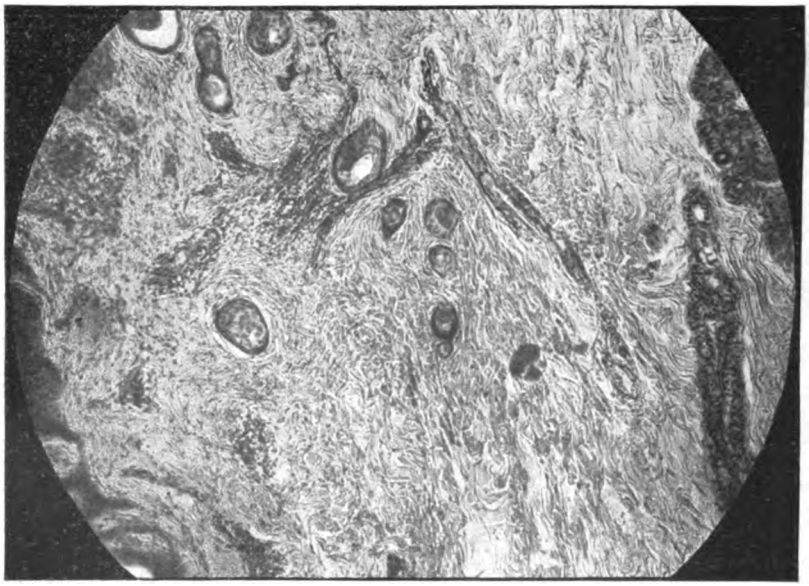


Abb. 4.

die auch von Sutton und Dennie in Gestalt eines 4 × 6 cm breiten und langen rechteckigen Herdes auf der Stirn und kleiner auf der rechten Schläfe beschrieben wurde, kann im weiteren Verlaufe ganz ausnahmsweise im Zentrum sich zurückbilden und einsinken und so Veranlassung zu zirzinären Figuren geben, z. B. Naegeli: rundlichovaler, 1,1 × 0,9 cm langer und breiter deutlich zirzinärer Herd mit vollständig geschlossenem, $1\frac{1}{2}$ cm breitem, nach außen scharf abgesetztem, nach innen allmählich in ein tellerartig vertieftes, normalfarbenes Zentrum abfallendem Randwall.

Unser Pat. klagte über Juckreiz auf den erkrankten Partien beim Warmwerden, daher besonders nachts im Bett, und über ein Gefühl des Wundseins auf dem Rücken. Auch diese subjektiven Feststellungen bedeuten etwas Außergewöhnliches, da in fast allen anderen Fällen, falls überhaupt ein Hinweis darauf für notwendig erachtet wird, gerade das

Digitized by Google

Fehlen aller subjektiven Erscheinungen besonders betont wird. Nur sieben weitere Beobachter verzeichnen ebenfalls gelegentlich leichtes Jucken (Gassmann (III), Sée (III), Stockmann (I), White (III), bzw. 1—2 Minuten lang anfallsweisen, periodischen Juckreiz (Ormsby-Mitchell). Winkler berichtet von sehr seltenem nächtlichen Stechen und Schwalb von Jucken und Brennen bei der Hitze am Kochherd, im Sommer bei wärmerem Wetter, überhaupt beim Warmwerden und Schwitzen. Die schon erwähnte im Laufe des Tages sich einstellende dunklere Verfärbung, derbere Konsistenz und stärkere Prominenz an den scheinbar noch frischeren Effloreszenzen, die an den alten, wohl ausgebildeten Knötchen fehlten, und auch auf mechanische Reize hin nicht hervorzu-

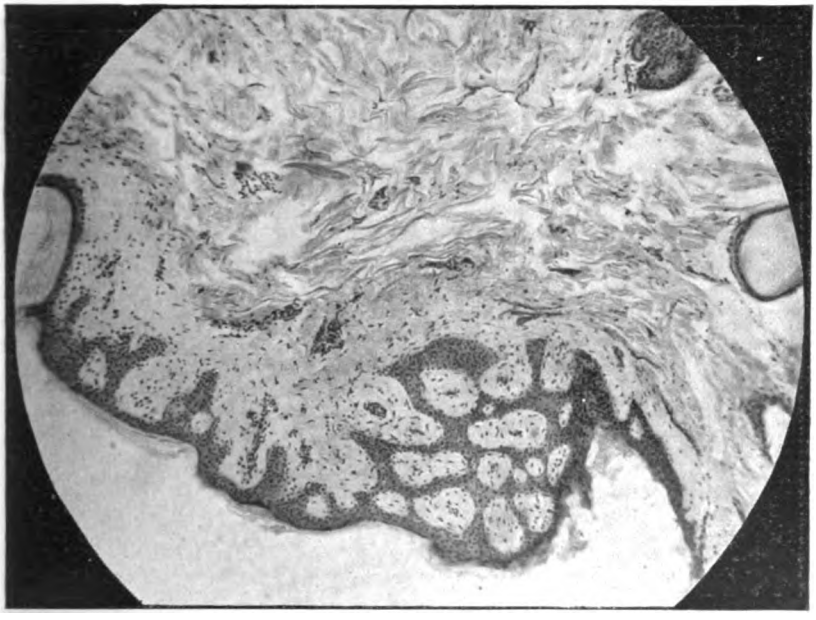


Abb. 5.

rufen waren, konnten gleichfalls wieder Gassmann (III), Sée (III), Stockmann (I) und White (III) in ihren Fällen nach Hitzeeinwirkung und nach Reiben auftreten sehen. Ebenfalls eine, aber nur zeitweilige Rötung stellte sich bei Ormsby-Mitchell auf den befallenen Partien ein.

Die Schweißsekretion war in unserem Falle, wie auch sonst fast allgemein, intakt, und durch Pilokarpininjektionen nicht zu verstärken; dahingegen hatte bei White vor Auftreten der Knötchen die Schweißsekretion plötzlich sistiert; Neumanns Patientin schwitzte spontan überhaupt nicht und auf Pilokarpin hin nur auf den von der Affektion verschont gebliebenen Körperstellen. Sutton und Deenie beschreiben dahingegen gerade nach Pilokarpininjektionen (0,01 mg) auf einigen Knötchen Schweißtropfen und während dieser Zeit eine Anschwellung aller anderen. Ebenfalls eine Größenzunahme nach Pilokarpin stellte Hazen fest, während

Digitized by Google

Shaffner mit denselben Einspritzungen keinen Erfolg erzielen konnte. Sonst seien als besondere Beobachtungen noch von Crocker das Vorkommen von Milien auf und zwischen den Syringomen, von Bernard von bläschenartigen, kleinsten rundlichen, auf Anstechen leicht blutenden Gebilden auf einigen Effloreszenzen, und von Jarisch sowie von Bussalai eines peripheren roten Saumes mit Teleangiektasien um die einzelnen Knötchen erwähnt.

Zur Feststellung, ob es sich bei den Knötchen auf dem Stamme in der Tat um Syringome, wie die makroskopische Diagnose lautete, handelte, und weiterhin darüber, ob die kleinen stippchenförmigen Effloreszenzen und die im Farbenton, in der Konsistenz und Prominenz veränderlichen kleinsten Knötchen im Interskapularraum die Initialeffloreszenzen des

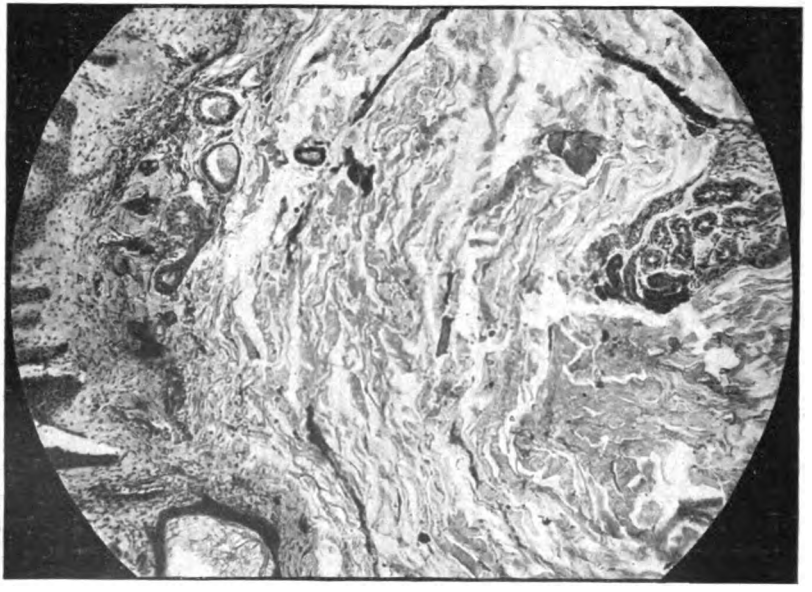


Abb. 6.

Syringoms darstellten, wurden von der Brust und vom Rücken Probeexzisionen vorgenommen.

Mikroskopischer Befund: Brustknötchen: Die Epidermis zeigt eine mäßige Verbreiterung des Stratums spinosum und eine deutliche Proliferation der interpapillären Epithelzapfen. Die auffälligsten Veränderungen finden sich in der Kutis, und zwar fast direkt unterhalb der Epithelgrenze, von der z. B. eine große Zyste nur durch eine ganz schmale Bindegewebsschicht getrennt ist, so daß in ihrem Bereich das Epithel verschmälert und etwas vorgewölbt erscheint und die interpapillären Zapfen verstrichen sind (Abb. 1), beginnend bis herab in Höhe des oberen Randes der Talgdrüsen. Sie bestehen in unregelmäßig gestalteten epithelialen Zellansammlungen, rundlichen ebensolchen Zellhaufen, mehr regelmäßigen, den Schweißdrüsenausführungsgängen ähnelnden Zellzügen und

Digitized by Google

schwanzartigen Fortsätzen, die letzteren in Verbindung, die ersteren in mehr oder weniger deutlichem oder ohne jeden Zusammenhang mit den sehr unterschiedlich großen rundlichen, ovalen oder bohnenförmigen Zysten. Diese meist scharf von der Umgebung abgesetzten nirgends eine sichere Membrana propria besitzenden Zysten sind entweder völlig voneinander isoliert, berühren sich, kommunizieren scheinbar mitunter auch miteinander (Abb. 1), oder sind durch kurze scheinbar kompakte Zellzüge untereinander verbunden. Ihre Wandung besteht aus 1—3 Zellagen, die am meisten den Zellen der Schweißdrüsen und Schweißdrüsenausführungsgänge ähneln, und in ihrem Protoplasma intensiv färbbare kleine Körnchen enthalten. Sie sind auch schon in dem scharf abgesetzten runden Zellhaufen, die sich in den folgenden Schnitten stets als Zysten erweisen,

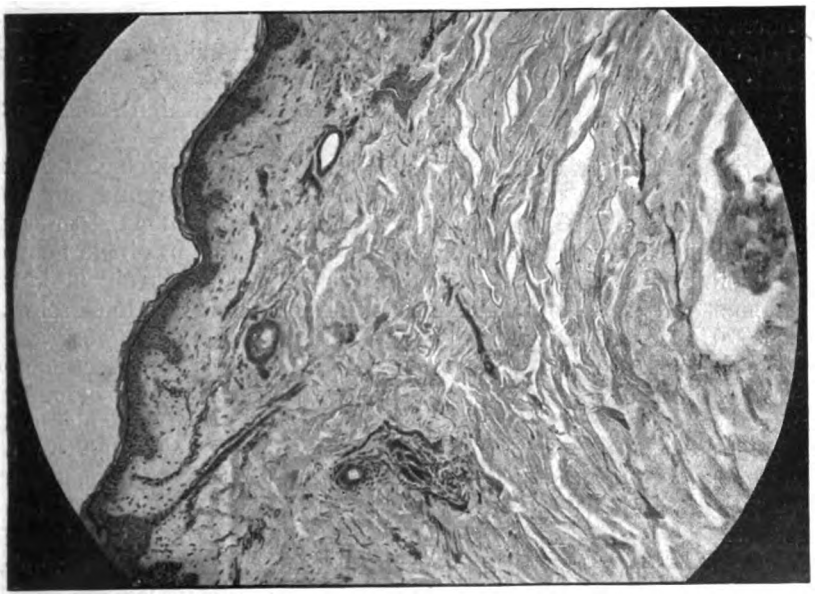


Abb. 7.

nachweisbar. Der Zysteninhalt besteht aus abgestoßenen, mehr weniger degenerierten Epithelien mit oder ohne einer strukturlosen, mitunter vakuolisierten Masse, die meist frei im Innern liegt ohne den Zystenrand zu berühren. Andere Zysten haben scheinbar keinen Inhalt. Nur zweimal findet sich in zwei größeren, dem Epithel nahegelegenen Zysten ein lamellöser, geschichteter, stark rot, gleich der Hornschicht, gefärbter Inhalt, der als nichts anderes als verhornte Epithelien aufgefaßt werden muß (Abb. 2). Ein direkter Zusammenhang dieser Zysten und Zellzüge mit den Schweißdrüsen oder ihren Ausführungsgängen ist ebenfalls nur ein einziges Mal nachweisbar. Abb. 3 zeigt einen Schweißdrüsenausführungsgang, der nach beiden Seiten Zellzüge absendet, die wiederum in einem Zellhaufen bzw. einer Zyste endigen. Der Ausführungsgang selbst scheint ebenfalls in eine Zyste überzugehen. Irgendwelche stärker her-

Digitized by Google

vortretende entzündliche Erscheinungen fehlen. Mastzellen sind um die Neubildungen reichlicher vorhanden.

Die Blutgefäße sind besonders in den freien Abschnitten, aber auch zwischen den Zysten gut gefüllt. Einmal scheint ein direkter Zusammenhang bzw. Auflösung eines Blutgefäßes in einen Zellhaufen zu bestehen, nur scheinbar, da in keiner Zyste als Inhalt rote Blutkörperchen nachweisbar sind. An einer anderen Stelle sieht man deutlich eine mehr längsovale unregelmäßige Zellansammlung in ganzer Länge von einem Gefäß durchzogen werden.

Die Schweißdrüsen sind überall, auch in den durch die Zysten usw. veränderten Partien erhalten. Nur erscheinen sie rarefiziert und die Knäuel zusammengepreßt und wie ausgezogen (Abb. 4).

2. Rückenknötchen. Ausgesprochene Epithelproliferation der interpapillären Zapfen (Abb. 5) in dem der Zystenbildung direkt benachbarten Epithel. Dieselben Zellzüge und die kleine Zystenbildung wie bei 1, nur in stark verringertem Maße.

Die Schweißdrüsen auch in den befallenen Partien völlig intakt (Abb. 6).

3. Stippchenförmige Effloreszenz. In den angelegten Schnittserien sind auch hier, aber nur an einer einzigen Stelle und nur durch wenige Schnitte verfolgbar, zwei kleine längsovale Zystchen zu erkennen. Keine Zellzüge und Zellhaufen. Kein Zusammenhang mit einem Schweißdrüsenausführungsgang erkennbar. Die eine Zyste mit einem kurzen, nach dem nächsten Schweißdrüsenausführungsgang hin gerichteten schwanzartigen Fortsatz (Abb. 6).

Der beschriebene mikroskopische Befund entspricht völlig dem, der als für das Syringom typisch aufgestellt worden ist. Von besonderem Interesse scheint mir der von uns festgestellte Schweißdrüsenbefund in den Effloreszenzen der verschiedenen Stadien des Syringoms zu sein, wenn wir die von Gans auf Grund seiner zwei Beobachtungen aufgestellte Behauptung, daß dort, wo Zysten vorhanden sind, die Schweißdrüsen entweder fehlen oder nur ganz gering und unregelmäßig entwickelt sind, sowie umgekehrt, daß ihr normaler Aufbau das Vorkommen von Zysten ausschließt, damit vergleichen. Wir dagegen fanden, daß in unseren untersuchten frischen Knötchen die Schweißdrüsenanlage vollkommen intakt war und erst in dem vollentwickelten Knoten bei reichlichster Zystenbildung eine Rarefizierung, Kompression usw. der Schweißdrüsen feststellbar war. Berücksichtigen wir hier nun noch den bei Fiocco sich findenden Hinweis, daß in seinem Falle die Schweißdrüsen in den am meisten befallenen Bezirken fehlten oder atrophisch waren, so möchten wir in diesen Veränderungen an den Schweißdrüsen über Rarefizierung und Atrophie hinaus bis zum völligen Fehlen eine Folgeerscheinung des durch die Zystenbildung und ihre ständige Größenzunahme auf einen, ob angelegt oder erworben, weniger widerstandsfähigen Schweißdrüsenapparat ausgeübten Druckes erblicken.

Was den Nachweis verhornter Zellen im Zysteninhalt anbetrifft, so ist dieser Befund vor einiger Zeit schon von Arzt und vor ihm z. B. von Philippson, Czillag, Winkler, Rüsch, Stockmann (II), Fiocco u. a. erhoben worden. Namentlich letztere weisen dabei darauf hin, daß diese

Digitized by Google

Hornzysten, ebenso wie in unserem Falle, dicht unterhalb der Epidermis lagen. Auf Grund dieser Verhornung in den Zysten, einerseits der Proliferation des Stratum spinosum in allen Stadien und der deutlichen Entwicklung der Zysten nicht durch echte Sekretion, sondern Zelldegeneration und auf Grund des gefundenen Zusammenhanges von Zysten mit einem Schweißdrüsenausführungsgange und der großen Ähnlichkeit der Zellen mit denen dieser Gänge und der Schweißdrüsen andererseits, müssen auch wir die Abstammung von der Epidermis oder den Schweißdrüsen oder ihren Ausführungsgängen ablehnen und uns der neuerdings besonders wieder von Arzt und Gans vertretenen Anschauung über die Abkunft der Syringome anschließen[1]).

Hatten wir uns schon durch unsere klinische Beobachtung dazu entschlossen, die stippchenförmigen, veränderlichen Effloreszenzen auf dem Rücken zwischen den Schulterblättern als beginnende Syringome aufzufassen, so wurde diese Annahme durch den mikroskopischen Nachweis der Zystenbildung auch schon in diesen Flecken bestätigt; die Knötchen entstehen demnach langsam, unmerklich und so uncharakteristisch, daß die Diagnose der kleinsten Effloreszenzen als beginnende Syringome in unserem Falle ohne das Bestehen der typischen Knoten, ohne die lange Beobachtungszeit und ohne die mikroskopische Untersuchung nicht möglich gewesen wäre.

Literatur.

Abramowitz, Arch. f. Derm., 1923, Bd. 7, S. 253. — Arzt, Derm. W., 1923, Bd. 77, S. 1440; Derm. Zbl., 1924, Bd. 14, H. 7, S. 401; Zieglers Beiträge, 1921, Bd. 69, S. 408ff. — Azua, de, Derm. W., 1909, Bd. 49, S. 465. — Bechet, Arch. of Derm. and Syph., 1924, Bd. 9, S. 497. — Bloch u. Bubnier, Bull., 1921, Bd. 28, S. 404. — Brauer, Arch. f. Derm., 1915, Bd. 119, H. 2. — Bunch, The Brit. Journ. of Derm. and Syph., 1917, Bd. 29, S. 218. — Buschke, Derm. W., 1923, Bd. 76, S. 15. — Bussalai, Tumori, Roma, 1923, Bd. 10, H. 2, S. 195ff. — Cafferty, Mc., Arch. of Derm. and Syph., 1924, Bd. 9, S. 506. — Clark, J. of cutan. dis., 1917, Bd. 35, S. 607; 1918, Bd. 36, S. 125ff. — Corson, Arch. of Derm. and Syph., 1923, Bd. 8, S. 449. — Crawford, Arch. of Derm. and Syph., 1923, Bd. 8, S. 115. — Delbanco, Derm. W., 1920, 1923. — Donagh, Mc., The brit. Journ. of Derm. and Syph., 1912, Bd. 24, S. 228 u. 298. — Dreyer, Köln. derm. Gesellsch. — Fischl, W. derm. Gesellsch. — Fox, Howard, J. of cutan. dis., 1917, Bd. 35, S. 258; Arch. of Derm. and Syph., 1921, Bd. 3, S. 876; 1923, Bd. 8, S. 136. — Gans, Arch. f. Derm., 1922, Bd. 141, S. 232ff. — Gilchrist s. How. Fox III. — Guy u. Jacab, Arch. of Derm. and Syph., 1923, Bd. 7, S. 118; 1923, Bd. 8, S. 312. — Gutmann, Kl. Wschr., 1922, I. Jg., Nr. 36, S. 1814. — Hanawa, Derm. W., 1917, S. 124. — Harris, J. of cutan. dis., 1915, Bd. 33, S. 401. — Hesse, Derm. W., 1917, S. 1071. — Hodara, Derm. W., 1913, Bd. 56, S. 421. — Hudelo, Oury u. Caillau, Bull., 1922, Bd. 29, S. 235. — Iwanow, Derm. W., 1922, S. 403. — Jahr, Derm. W., 1924, Bd. 79. — Kee, Mc., J. of cutan. dis., 1916, Bd. 34; 1917, Bd. 35, S. 258; 1918, Bd. 36, S. 125ff. — Koenigstein, Arch. f. Derm., 1912, Bd. 112. — Kiess, Derm. W., 1921, Bd. 72, S. 377; 1924. — Kren, Arch. f. Derm., 1921, Bd. 133, S. 85. — Kyrle, Arch. f. Derm., 1918, Bd. 122, S. 794; Derm. Zbl., 1924, Bd. 14, H. 7, S. 409. — Lane, Guy, s. How. Fox. Langer, Derm. W., 1924, S. 317. — Lapowski, Arch. of Derm. and Syph., 1924, Bd. 9,

[1]) Sie nehmen bekanntlich eine durch irgend welche Schädigung bedingte Störung an, infolge deren es zur Abschnürung von Keimen gekommen ist, deren Weiterentwicklung noch ein gewisser Spielraum gesetzt ist, in denen aber die Fähigkeit zur Entwicklung zum Schweißdrüsenapparat noch nicht geweckt war, bzw. daß eine die Norm übersteigende Regeneration der Epithelien des fertig ausgebildeten Organs zu diesen geschwulstartigen Bildungen führt.

Digitized by Google

S. 506. — Lenear s. Liebberthal. — Liebberthal, Arch. of Derm. and Syph., 1920, Bd. 2, S. 400. — Lipschütz, Arch. f. Derm., 1910, Bd. 101, S. 370; 1910, Bd. 105, S. 567; W. kl. W., 1911, Bd. 1, S. 149. — Martinotti, Tumori, Roma, 1920, Bd. 3, S. 242. — Meirowski, Derm. Zbl., 1924, Bd. 11, S. 397. — Mucha, Arch. f. Derm., 1918, Bd. 122, S. 788. — Naegeli, Arch. f. Derm., 1917, Bd. 124, S. 99. — Nemitz, Derm. Zbl., 1924, Bd. 11, S. 402. — Nobl, Derm. Zbl., 1924, Bd. 12, S. 135. — Oppenheim, Arch. f. Derm., 1918, Bd. 122, S. 789. — Ormsby u. Mitchell, Arch. of Derm. and Syph., 1921, Bd. 4, S. 282. — Paul u. Adamson, The brit. Journ. of Derm. and Syph., 1916, Bd. 28, S. 106. — Pautrier, Bull., 1921, Bd. 28, S. 26. — Pazini, Giorn. ital. delle mal. vener., 1924, Bd. 2, S. 765. — Peiser, Derm. Zbl., 1924, S. 106; Derm., W., 1924, S. 565. — Petges, Bull., 1921, Bd. 28, S. 255. — Pusey s. Ormsby u. Mitchell. — Radysiewicz, Diss., Jena 1918. — Rebaudi, Derm. W., 1924, S. 712. — Richer u. Schwalb, Die Geschwülste der Hautdrüsen, Berlin 1914; daselbst Lit. bis 1910. — Rille, Derm. W., 1922, Bd. 75, S. 1203. — Rothe, Arch. f. Derm., 1911, Bd. 108, S. 457. — Rusch, Derm. W., 1915, S. 119; 1923, S. 900. — Saalfeld u. Oestreich, Arch. f. Derm., 1914, Bd. 120, S. 120; 1917, Bd. 124, S. 124. — Saphier u. Kiendl, Urolog. and cut. rev. 1921, Bd. 25, H. 5, S. 271 u. 272. — Schafir s. Terebinski. — Scheilke, Diss., Göttingen 1919. — Schoenhoff, Derm. Zbl., 1924, Bd. 12, S. 127. — Scholz u. Sadebeck, Derm. Zbl., 1924, Bd. 13, S. 241. — Schwalb, M. Kl., 1916, Bd. 2, S. 289. — Sequeira, The brit. Journ. of Derm. of Syph., 1913, Bd. 25, S. 140 bis 142. — Shaffner, J. of cutan. dis., 1918, Bd. 36, S. 475 u. 1919, Bd. 37, S. 258. — Stowers s. Busch. — Strandberg, Acta dermato-venerol., 1922, Bd. 3, S. 441. — Stümpke, Derm. W., 1915, Bd. 60, S. 362ff.; Arch. f. Derm., 1918, Bd. 122, S. 435. — Sutton u. Dennie, J. Am. M. Ass., 1912, Bd. 58, H. 1, S. 333ff. — Tanimura, Jap. Zschr. f. Derm., 1922, Bd. 22, H. 7, S. 57. — Teljev, Acta dermato-venerol., 1922, Bd. 3, S. 290. — Terebinski, Derm. W., 1912, Bd. 54, S. 443. — Trimble, J. of cutan. dis., 1917, Bd. 35, S. 258ff.; 1918, Bd. 36, S. 125ff.; Arch. of Derm. and Syph., 1923, Bd. 8, S. 136ff. — Unna, Derm. W., 1920, Bd. 70, S. 201. — Werther, Derm. W., 1913, Bd. 56, S. 430; 1913, Bd. 57, S. 1051. — Winkler, Arch. f. Derm., 1914, Bd. 120; Schweiz. med. Wschr., 1921, Bd. 51, S. 137. — Wise, Arch. of Derm. and Syph., 1920, Bd. 1, S. 357. — Wolff, Arch. f. Derm., 1918, Bd. 122, S. 815. — v. Zumbusch, Derm. W., 1909, Bd. 48, S. 473, Fall Wozedalek.

Aus der dermatologischen Universitätsklinik in Bern (Direktor: Prof. Dr. Nägeli).

Über einen Fall von brauner Chromidrose.

Von

Dr. A. M. Schoch, Assistent.

Die außerordentliche Seltenheit des nachstehenden Falles scheint uns die Veröffentlichung desselben zu erheischen.

Anamnese: P. E. B., 48jähr. Kaufmann. Als Kind hatte der Pat. Röteln, Scharlach und oft Angina. Er erfreute sich angeblich bester Gesundheit bis vor 2 Jahren: Blinddarmoperation, Nierensteine; vor einem Jahr Konjunktivitis. Appetit, Magen, Darm, Miktion waren stets in bester Ordnung. Der Pat. nimmt keine Medikamente ein, arbeitet in gut ventilierten Räumen, raucht sehr mäßig und nur Pfeife. Alkoholabusus liegt nicht vor. In letzter Zeit ist er sehr überarbeitet, ausgesprochen nervös und leidet oft an Kopfschmerzen. Außer leichter tuberkulöser Belastung von seiten einer Schwester ist die Familienvorgeschichte belanglos. Die Frau und 3 Kinder sind gesund. Im speziellen finden wir keine Anhaltspunkte für Haut-, Geschlechts- oder Nervenleiden.

Die jetzige Erkrankung fing vor 8 Tagen nach einem anstrengenden Spaziergang an mit einem starken Schweißausbruch, Mattigkeit, Schwindelgefühl und Trübung des Visus, Symptome, die der Pat. in Zusammenhang brachte mit einem Wurstgenuß am selbigen Tage, doch waren Stuhl und Magen in vollkommener Ordnung. Dieses anfallsartige Unwohlsein dauerte etwa 1 Stunde und verschwand auf Bettruhe und Lindenblütentee. Nun bemerkte der Pat. eine eigenartige, intensive Braunfärbung der Handteller und Finger, die Nägel waren dunkelbraun, die Haut in ausgedehnter Fläche auf

Digitized by Google

der Schulter, Brust und Rücken gelb bis braun, und das naßgeschwitzte Hemd da, wo es auf dem veränderten Integument aufgelegen hatte, ebenfalls in diesen Nuancen stark verfärbt. An der Haut selber empfand der Pat. nicht die geringsten besonderen Sensationen, außer denjenigen eines gewöhnlichen Schweißausbruches. Beschwerden machten diese Veränderungen auch fernerhin nicht, veranlaßten aber den Pat. durch ihr fast unverändertes Weiterbestehen zu einer Konsultation bei seinem Hausarzt.

Status: Der Pat. ist ein großer, kräftiger Mann in gutem Ernährungszustand. Temperatur, Puls, Atmung normal.

Kopf und Hals: Konjunktiven leicht injiziert; Zunge feucht, nicht belegt, Schleimhaut o. B. Tonsillen beidseitig leicht vergrößert, vereinzelte Krypten. Zähne normal, keine Struma, keine Drüsenanschwellungen.

Thorax: kräftig, symmetrisch. Lungen auskultatorisch und perkutorisch normal, Herz: Größe normal, Töne rein.

Abdomen: Leber, Milz, Magen o. B.

Genitalien: Hoden und Nebenhoden normal, keine Narben, kein Ausfluß.

Nervensystem: Haut- und Sehnenreflexe sehr lebhaft.

Urin: Eiweiß, Zucker, Diazo, Urobilinogen, Indikan, bei mehrmaliger Untersuchung negativ.

Blutuntersuchung: Hämoglobin 75 Sahli.

	Rote Blutkörperchen	5100000
	Weiße „	7500
davon:	Neutrophile . . .	63%
	Lymphozyten . .	31%
	Eosinophile . . .	2%
	Basophile	2%
	gr. mononukl. Übergangsformen . .	2%

keine Plasmazellen, keine pathologischen Formen, WR, SGR negativ.

Hautstatus: Es handelt sich um ein Exanthem, das lokalisiert ist auf beide Hände und den Stamm. An den Händen sind weitaus am intensivsten befallen die Handteller und Fingerspitzen inklusive Nägel, weniger das Dorsum und die Phalangen, die im Gegensatz zu den dunkelbraunen Volae und Fingernägeln nur eine leichte gelbliche Verfärbung zeigen. Der Übergang ist ein allmählicher, und verliert sich auch in den Handgelenken unmerklich in die normale Haut der Vorderarme. Die weißen Manschetten sind in dem die Handgelenke reibenden Streifen braun bis gelb verfärbt. Zugleich fällt an beiden gleich stark befallenen Händen eine deutliche Hyperhidrosis auf.

Die Stellen am Stamm, je ein etwa handflächengroßer Flecken auf den Schultern, Brust und Rücken sind hellbraun und gehen peripher unter allmählichem Abblassen des Farbtones in die normale Haut über. Hier ist keine abnorm starke Schweißabsonderung vorhanden.

An keiner erkrankten Stelle ist die Haut verdickt, brüchig oder schuppend, nirgends zeigen sich Hyperämie oder Anzeichen einer Entzündung, oder Degeneration. Beim Abreiben der gebräunten Stellen mit einem mit Äther, Alkohol oder Anilinöl befeuchteten Wattebausch tritt nicht die geringste Veränderung der Haut ein, die Watte aber wird gelblich bis bräunlich, analog dem vorhin erwähnten Manschettenrand. Das übrige Integument ist ganz normal.

Diese Form der Chromidrosis — die Symptome zwingen uns diese Diagnose, mit der zwar im übrigen nicht viel gesagt ist, auf — ist eine außerordentlich seltene Affektion.

Über die Chromidrosen im allgemeinen besteht eine ziemlich umfangreiche Literatur. Schon kurz nach 1700 wurde eine ganze Anzahl von Fällen von Absonderung farbiger Schweiße beschrieben; Ätiologie und Auffassung waren indes ganz unklar. Es war dann um die Mitte des vorigen Jahrhunderts Le Roy de Méricouts Verdienst — von dem beiläufig erwähnt auch die Bezeichnung Chromidrosis stammt — etwas mehr Licht in diese eigenartigen Erscheinungen, die bis anhin von der französischen Schule besonders als ein Simulationskunststück Geistesgestörter angesehen wurden, zu bringen, und im Verein mit Bright u. a.

Digitized by Google

unter Zuhilfenahme chemischer und mikroskopischer Untersuchungsmethoden diese auffallenden Symptome wenigstens teilweise zu entwirren. Später, gegen Ende des letzten Jahrhunderts, hat sich dann mit den Fortschritten der Technik ganz von selbst die heute noch gültige Einteilung dieser Affektion ergeben.

Eine Färbung des Schweißes kann verursacht werden durch die Anwesenheit von Bakterien oder Pilzen, oder durch Stoffe, die durch die Haut abgesondert werden und in den Organismus gelangen mit der Nahrung, Medikamenten, oder auf dem Luftwege, und endlich durch Substanzen, die im Körper selbst entstehen. Die akzidentelle Färbung durch Kleider erwähne ich nur der Vollständigkeit halber.

Wir kennen eine ganze Anzahl chromogener Mikroorganismen wie Leptothrix- und Trichomyzesarten, Micrococcus chromidrogenes, ruber, citreus, carneus, cinnabareus, luteus usw. Alle Kulturen in unserem Falle blieben steril; mikroskopisch zeigten die untersuchten Haare keine Veränderungen, namentlich waren in oder an ihnen keine Pilze oder Bakterien nachweisbar.

Von außen her in den Körper gelangende Substanzen, die farbige Schweiße hervorrufen können, wie Eisenpräparate, Kupfer, Jodkalium waren bei unserem Pat. ebenfalls mit Sicherheit auszuschließen.

So waren wir gezwungen zur Annahme einer idiopathischen Chromidrose, bei der der Farbstoff oder seine Vorstufe im Organismus selber entsteht. In der Literatur finden wir alle Nuancierungen von schwarz, grau, blau beschrieben. In den meisten Fällen handelt es sich dabei um Indigo, in anderen konnte der Farbstoff chemisch nicht definiert werden. Weniger reichlich aber finden wir die Fälle von brauner, spontaner Chromidrose vertreten, und über die Art dieses Farbstoffes ist gar nichts bekannt. Purdon beschreibt eine Kombination von blauer und brauner, de Moorlose einen von brauner Schweißabsonderung im Gesicht. Als einziges Analogon zu unserer Beobachtung fand ich den Fall von Barbié (cit. n. Mračeк). Eine junge, sehr nervöse Frau zeigte zur Zeit der Menses an den Handtellern und Handrücken braune, hyperhidrotische Flecke. Diese Manifestationen, die bald rechts, bald links auftraten, waren begleitet von Schwindelanfällen und Sehstörungen. Anhaltspunkte für irgend welche anderen Erkrankungen waren nicht vorhanden.

Bei unserem Pat. trat vor kurzem neuerdings ein sehr heftiger Schub von brauner Schweißabsonderung, diesmal nur an den Händen uud Nägeln auf, begleitet von denselben Symptomen wie früher, nämlich Schwindelanfall, unklarem Sehen bei sonstigem allgemeinen Wohlbefinden, speziell normaler Magen- und Darmfunktion, ohne vorherigen Wurstgenuß.

Literatur.

Trommsdorf, Bakteriologie der Chromidrosis, M. m. W., 1904, Bd. 51. — Mračeк, Handbuch d. Hautkrkh., Bd. 1. — Purdon, Virchow-Hirsch' Jahresbericht 1868.

Digitized by Google

Aus der Universitäts-Hautklinik Freiburg i. Br. (Direktor: Prof. Dr. G. A. Rost).

Erfahrungen mit dem neuen Lupusheilmittel Pyotropin.

Vorläufige Mitteilung.

Von

Dr. Wolfgang Albert, Vol.-Assistent der Klinik.

Die Behandlung des Lupus vulgaris, eines der schwierigsten dermatologischen Probleme, besteht an unserer Klinik in der von Rost [1]) angegebenen kombinierten systematischen Strahlenbehandlung. Neben Allgemeinbestrahlungen mit Höhensonne und reichlicher Fettzufuhr zur Kräftigung des Gesamtorganismus, als erster Forderung einer erfolgreichen Lupustherapie, finden in regelmäßigen Abständen von zunächst etwa 6 bis 8 Wochen, später in längeren Intervallen Röntgenbestrahlungen statt, unterstützt durch öftere örtliche Bestrahlungen mit ultraviolettem Licht. Die Erfolge, die mit dieser Therapie erzielt werden, sind als sehr zufriedenstellend zu bezeichnen. Aber auch ihr sind Grenzen gesetzt; so sind es vor allem Herde an den Randpartien einer lupösen Stelle, namentlich als Rezidive, die den Strahlen einen äußerst hartnäckigen Widerstand entgegensetzen und zu deren Bekämpfung noch andere Mittel erforderlich sind. Mit ganz vorzüglichem Erfolg haben wir nun in diesen Fällen ein neues Medikament, Pyotropin, angewandt.

Pyotropin, hergestellt von der Lupusan-G. m. b. H. in Altona, besteht aus zwei Flüssigkeiten und einer Salbe. Die angegebene chemische Zusammensetzung ist aus einer Mitteilung von Muchow, Derm. W., 1923, Nr. 38, zu ersehen [2]). Die Anwendung des Medikaments geschieht in folgender Weise: Mittels eines Wattestäbchens wird die erkrankte Partie — nach Entfernung von Krusten und Borken — energisch mit der Flüssigkeit I eingerieben; gleich darauf mit der Flüssigkeit II, bis die Stelle tiefschwarz erscheint. Mit einem vorher zurechtgeschnittenen Leinenläppchen, das reichlich mit Pyotropinsalbe bestrichen ist, wird die Wunde dann bedeckt. Über diesen Salbenlappen kommt zum Abschluß ein Heftpflasterverband, auf den die größte Sorgfalt zu verwenden ist, da er einen luftdichten Abschluß bilden soll. Ohne diesen luftdichten Abschluß findet keine Eiterung statt. Der Prozeß spielt sich dann nur an der Oberfläche ab, und die von Rost als durchaus notwendig erstrebte Tiefenwirkung, welche die bisherigen Ätzmethoden vermissen ließen, tritt nicht ein, so daß das Verfahren wertlos bleibt. Wir verwenden daher bei Partien,

[1]) Rost, D. m. W., 1918, Nr. 27; Derm. W., 1920, Nr. 9. — [2]) Flüssigkeit mit Bodensatz: Anreibung von kohlensaurem Kalk ($CACO_3$) mit einer wäßrigen Lösung von Kalium-Phenolat (C_6H_5OK) und mit etwas freier Karbolsäure (C_6H_5OH). Schwermetalle, wie Quecksilber, Wismut usw., sowie Jodverbindungen sind nicht nachweisbar. Salbe: schwach gefärbt, aus etwa gleichen Teilen Salizylsäure ($C_7H_6O_3$) und Natriumsalizylat ($C_7H_5O_3Na$), die mit etwas Glyzerin ($C_3H_5(OH_3)$), Zucker ($C_{12}H_{22}O_{11}$) und Walrat angerieben sind. Jodverbindungen und Schwermetallsalze konnten nicht nachgewiesen werden.

Digitized by Google

an denen der Heftpflasterverband den Luftabschluß allein nicht bewirkt, zur Überdeckung ein Stückchen wasserdichten Stoffes. Am vierten Tage wird der erste Verband abgenommen, die Stelle gereinigt und mit Pyotropin II geätzt. Nach Entfernung des zweiten Verbandes nach weiteren vier Tagen wird die Wunde bis zur Überhäutung mit Borsalbe, in unserer Klinik zumeist mit Granugenpaste abgedeckt.

Nach der Gebrauchsanweisung, die dem Mittel beigegeben ist, kann „nach 8 Behandlungen ein mittlerer Lupusfall einstweilen als abgeschlossen betrachtet werden". Aus dem Material unserer Klinik — wir haben bisher ungefähr 50 Lupuskranke mit Pyotropin behandelt — glaube ich aber den Schluß ziehen zu können, daß sich ein bestimmtes Behandlungsschema nicht aufstellen läßt. Bei vorbehandelten Fällen, und unsere Fälle sind zur Mehrzahl vorbehandelt, genügen oft 3—4 Behandlungen mit Pyotropin, während andererseits bei großen Flächen und bei längerem Bestehen der Erkrankung die Zahl 8 überschritten werden muß. Auch bei den vereinzelten frischen Fällen, die uns zur Verfügung standen, kamen wir bisher mit wenigen Behandlungen aus.

Das Anwendungsgebiet erstreckte sich in der Hauptsache auf vorbehandelte Fälle mit Lupus planus. Hier sind ausschließlich nur die Residuen der Randpartien mit Pyotropin angegangen worden. Weiterhin wurde Pyotropin verwandt bei einigen frischen Fällen von Lupus planus, ferner bei einigen Kranken mit Tuberculosis cutis verrucosa und Lupus tumidus. Bei diesen letzteren Formen empfiehlt es sich, sie vor der Pyotropinapplikation durch Röntgenstrahlen oder in Narkose mit dem Skalpell in flache Formen umzuwandeln, um so der Pyotropinwirkung entgegenzukommen. Die mit dieser Behandlungsart erzielten Resultate sind, soweit es sich in der kurzen Zeit, in der wir das Mittel verwenden, und bei der geringen Anzahl von 25 Fällen, deren Behandlung als abgeschlossen betrachtet werden kann, beurteilen läßt, ganz vorzügliche. In den meisten dieser 25 Fälle waren nach beendeter Behandlung makroskopisch keine Infiltrate nachzuweisen, auch nicht bei mehrmaliger Kontrolle. Allerdings erhielten sämtliche Patienten nachträglich Blaulicht oder Röntgenstrahlen. Auch histologisch zeigte sich in den behandelten Stellen das tuberkulöse Gewebe weitgehendst durch Narbengewebe ersetzt. Lediglich vereinzelt wurden noch Reste spezifischen Gewebes angetroffen. Damit von diesen Resten, seien sie makroskopisch oder mikroskopisch nach Beendigung der ersten Kur nachweisbar, keine neue Aussaat erfolgen kann, ist eine Wiederholungskur angezeigt.

Nebenerscheinungen, wie Temperatursteigerungen und andere Störungen, wurden in keinem der Fälle beobachtet. Einige Male sahen wir Irritationen der Kornea und Entzündungen der Augenlider bei Kranken, bei denen der Krankheitsherd in der Nähe der Augen lag und die wahrscheinlich durch Reiben etwas von der Flüssigkeit in die Augen gebracht hatten. Was die Schmerzhaftigkeit betrifft, so ist lediglich die Anwendung von Pyotropin II von Schmerzen begleitet, die aber nach Anwendung der Salbe sofort nachlassen. Immerhin ist es ratsam, bei ambulanter Behandlung nur solche Stellen zu behandeln, welche die Größe eines Fünfmarkstückes nicht überschreiten. Wenn wir uns in diesen Grenzen hielten, war eine vorherige Anästhesierung nicht erforderlich. Nur in einem

Digitized by Google

einzigen Falle war Morphium nicht zu umgehen. Bei sehr ängstlichen Kranken, wie bei Frauen und Kindern, oder wenn die zu behandelnde Stelle besonders empfindlich ist, wie z. B. die Augengegend, wurde die Behandlung im Chloräthyl- oder Solästhinrausch vorgenommen.

In kosmetischer Hinsicht ist das Resultat insofern nicht ganz befriedigend, als in einem Teil der Fälle keloidartige Narbenbildungen auftraten, die allerdings durch Röntgenbestrahlungen wesentlich verbessert werden konnten. Im anderen Teil der Fälle war die Narbe selbst zwar glatt und geschmeidig, lag aber durch den immerhin beträchtlichen Substanzverlust, der besonders bei mehrmaligen Behandlungen eintrat, wie ausgestanzt ziemlich tief unter dem Niveau der gesunden Umgebung. Um diesen störenden kosmetischen Defekt zu beheben, wandten wir bei der Nachbehandlung die feuchte Kammer an, die sich bei der Behandlung des Ulcus cruris bewährt hat. (Schäber, Derm. W., 1921, Bd. 68.) Diese feuchte Kammer besteht im wesentlichen in einem luftdichten Abschluß der Wunde mit Billrothbatist und Umrandung mit Zinkpaste, so daß die Granulationen in dem gestauten Eiter geradezu kultiviert werden. Das Verfahren ist natürlich nur möglich, sobald das Gewebe nicht mehr oder nicht mehr zu stark infiziert ist. Durch die Anwendung dieser feuchten Kammer, die wir alle drei Tage mit Granugenpaste abwechseln lassen, wird dann die Narbe „gepolstert" und die kosmetische Störung behoben. Eine zweite Möglichkeit ist die, mit unserer kombinierten Strahlenbehandlung größere Herde von Lupus planus so einzuengen, daß wir mit Pyotropin nur noch die Reste anzugehen brauchen. Hier, wo es sich dann nur um die Entfernung von linsengroßen Knötchen handelt, ist der störende Effekt der Narbe nicht mehr erheblich.

Zusammenfassend kann man also sagen, daß das Ergebnis dieser Methode durch den Vorteil seiner relativ kurzen Behandlungsdauer wie durch seine elektive Wirkung einen ganz erheblichen Fortschritt in der Lupustherapie bedeutet, einen Fortschritt, der durch die unterstützende Wirkung der kombinierten Strahlenbehandlung noch erhöht wird.

Aus der Deutschen Dermatologischen Klinik (Prof. C. Kreibich) in Prag.

Über die Verwendung von Andriolpräparaten[1]).

Von

Dr. Johann Schubert, Assistent.

Wir haben an unserer Klinik seit längerer Zeit die von Dr. Truttwin[2]) angegebenen Andriolsalben angewendet, und ich kann Ihnen darüber folgendes mitteilen.

Das Prinzip dieser Art von Salbenbehandlung liegt darin, daß aus den wirksamen Substanzen sich dauernd Jod und Wismut oder Uran

[1]) Vortrag, gehalten auf der Versammlung deutscher Naturforscher und Ärzte in Innsbruck 1924. — [2]) Diesem Vortrag vorangegangen ist ein solcher von Truttwin, Prag III-304, Über die chemischen Grundlagen des Andriolprinzips, der in der M. m. W. erscheint.

Digitized by Google

abspalten und vom Uran noch eine gewisse radioaktive Wirkung zu erwarten ist. Von diesen Salben sind eine schwächere und eine stärkere Joduransalbe unter dem Namen Andriol-Uran III und VI und eine Jodwismutsalbe unter dem Namen Andriol-Wismut im Handel.

Bei ihrer Anwendung tritt überall die stark abschälende, Auflagerungen ablösende Wirkung hervor. Daraus, daß es sich um naszierende Stoffe und bei der Andriol-Wismutsalbe um Wismut in Lösung handelt, ist resorbierende Tiefenwirkung zu erwarten, die wir auch gesehen haben. Auch antiparasitäre Wirkung haben wir beobachtet. Nie haben wir bei nicht ekzematisierter Haut Reizung gesehen, und selbst bei chronischem Ekzem sieht man selten eine Reizung, so daß man die schwächeren Salben Uran-Andriol III und Wismut-Andriol, obwohl sie doch jodhaltig sind, längere Zeit auflegen kann. Sonst ist noch zu bemerken, daß man die Salben nicht mit Amylum zusammen bringen soll, weil dann die Jodstärke-Reaktion auftritt.

Im einzelnen haben wir damit folgendes erreicht: Bei zahlreichen Fällen von Eczema chronicum, besonders den squammösen Formen, erfolgte Abschälung, allmählich auch Rückgang des Infiltrats, Blaßwerden und Heilung, zumeist bei Behandlung mit Wismut-Andriolsalben. Ebenso Gutes sahen wir bei Lichen Vidal und Lichen ruber planus, wo die Salben besonders abschälend und dadurch heilend wirkten. Eczema seborrhoicum des behaarten Kopfes besserte sich bedeutend unter Behandlung mit Uran III. Bei allen bisher angeführten Affektionen haben wir Erfolge gesehen, wo andere Salben nichts erreichten oder reizten. Es war aber auffällig, daß im Verhältnis zu der stark abschälenden Wirkung der Rückgang der Infiltrate meist nicht so gut zu erzielen war.

Bei Psoriasis erreichten wir Ablösung der Schuppen sowohl mit den im Handel befindlichen Salben als auch mit der neuen uns von Truttwin zur Verfügung gestellten Arsen-Andriolsalbe, dauernde Wirkung konnten wir aber nicht erzielen. Es ist möglich, daß die vorläufig sehr schwache Konzentration dieser Salbe dazu nicht ausreicht. Wir haben drei Fälle von Lupus erythematodes mit Uran VI in Form von Salbenverband behandelt und dann längere Zeit weiter mit Andriol-Wismut und sahen die Herde stark abschuppen und niedriger werden, bei zwei Fällen davon ging nach langer Zeit dann auch das Infiltrat zurück, so daß die Herde flach und ziemlich blaß wurden. Einige Herde an den Wangen heilten aus, an der Nase konnte man noch Schuppung und Rötung besonders am Rande der Herde sehen.

Bei der Behandlung von Lupus vulgaris haben wir alle drei Salben angewendet, besonders Uran VI. Hier gingen bei Lupus tumidus die Infiltrate sehr stark und ziemlich rasch zurück, die Herde sanken bis zum völligen Flachwerden ein, man konnte also eine gute resorbierende und in die Tiefe gehende Kraft der Präparate beobachten. Aus diesen flachen Herden verschwanden aber die Knötchen nur an manchen Stellen, die dann auch ausheilten. Die gute Reinigung von ulzerös zerfallenen Knoten, Granulation und Vernarbung konnten wir, sowie andere Autoren beobachten.

Unter den Pilzaffektionen heilten die oberflächlichen Formen nach längerer Zeit, weil offenbar die schälende und antiparasitäre Wirkung

Digitized by Google

der Salben zusammenkommt. Bei tieferen Formen kamen wir mit diesen Salben allein nicht zum Ziel.

Bei Ulcera cruris und Gummen zeigt besonders die Wismut-Andriolsalbe reinigende und epithelisierende Kraft.

Bei inoperablen Karzinomen haben wir wie andere Autoren desodorisierende, schmerzlindernde und reinigende Wirkung gesehen. Da wir an unserer Klinik seit längerer Zeit Hautkarzinome mit Erfolg röntgenbestrahlen, haben wir andere als inoperable Karzinome bisher nicht mit Andriolsalben behandelt.

Die Andriol-Wismutlösung haben wir bei gonorrhoischen Erosionen an der Portio in Tamponform verwendet und gute Epithelisierung beobachtet. Andriol-Wismut-Puder wurde bei gonorrhoischem Fluor gebraucht, wodurch die Sekretion sehr verringert wurde.

Auf mein Ersuchen hat uns dann Truttwin noch eine Reihe von Variationen hergestellt. Wir haben schwächere Konzentrationen als Uran III in Olivenöl, ferner in Traganth und Glyzerin auch schon bei subakutem Ekzem benutzt und manchmal gute Erfolge gesehen. Ebenso mit konzentrierten Kombinationen, in denen das Verhältnis von Jod zu Uran oder Wismut ein anderes war, um beim Ekzem die Reizmöglichkeit herabzusetzen.

Umgekehrt haben wir eine zwei- und eine dreifach stärkere Salbe als Uran VI, also ein Uran-Andriol XVIII bei Lupus gebraucht, und zwar auf Salbenfleck aufgebunden. Hier ging das Einsinken der tumiden Herde ganz besonders schnell vor sich. Es hoben sich ganze Hautscheiben ab, besonders das zerfallene Gewebe und auch die Knötchen wurden angeätzt, und unter Nachbehandlung mit Uran VI reinigten sich die Herde, granulierten, heilten auch teilweise mit Narben ab, in denen keine Knötchen zu sehen waren. Auch bei diesen Fällen hoben sich an den geschlossenen Stellen große Hautscheiben ab, aber es gelang nicht, die eingesprengten Knötchen zum Verschwinden zu bringen. Wir haben dann noch einige Male mit guter Wirkung eine Doppelkonzentration der käuflichen Wismutsalbe bei ganz alten torpiden Ekzemen angewendet.

Im ganzen kann man sagen, daß die Andriolpräparate, am richtigen Platze verwendet, vielen Salben in der Tiefenwirkung überlegen sind und raschere Heilung bewirken (Lupus vulg. und eryth., Ulcus cruris, Lichen pl. und Vidal, Fluor, Pilzaffektionen), worauf ja auch Truttwins Wollfärbungen hinweisen. Bei inoperablen, exulzerierten Karzinomen ist eine andauernde desodorisierende, schmerzlindernde und reinigende Wirkung hervorzuheben. Bei manchen Fällen, besonders chronischen, nicht mehr reizbaren Ekzemen leisten sie oft noch dann etwas, wenn andere Behandlungsmethoden versagen.

Literatur.

Šavnik-Truttwin-Prag, Über neuartige medikamentöse Behandlung in der Dermatologie und Venerologie. Med. Kl., 1923, Nr. 9 (Versammlung der Deutschen Naturforscher und Ärzte in Leipzig am 21. September 1922). — Scherber-Wien, Über eine neue Therapie gewisser Hauterkrankungen. W. m. W., 1923, Nr. 4. — Kundratitz-Wien, Andriol in der Kinderpraxis (im Druck). (Mautner-Markhofsches Kinderspital, Wien, Abteilung Prof. Leiner.) W. m. W.

Digitized by Google

Die Leuchtvorgänge an der menschlichen Haut und ihre Beziehung zum Talgstoffwechsel.

Von

Ferdinand Winkler in Wien.

Vor mehr als 10 Jahren habe ich in einer größeren im Wiener zweiten physikalischen Universitätsinstitut durchgeführten Versuchsreihe gemeinsam mit Eduard Haschek[1]) die Leuchterscheinungen studiert, die von der menschlichen Haut ausgehen und die von geeigneten Personen, den „Sensitiven", in der Dunkelkammer leicht wahrgenommen werden. Neue Beobachtungen, die ich seither anzustellen vermochte, sollen die damals erzielten Resultate ergänzen.

Bringt man das auf der Haut der Neugeborenen in erheblicher Menge abgelagerte Hautsekret, die Vernix caseosa, ohne Zusatz einer Konservierungsflüssigkeit in die Dunkelkammer, so sieht ein an das Sehen im Dunkeln geübtes Auge einen weißbläulichen Lichtschimmer von ihm ausgehen. Übergießt man die Vernix caseosa, welche nach Untersuchungen von W. G. Ruppel[2]) 13% an ätherlöslichen Stoffen enthält, mit Äther oder mit Trichloräthylen, so verschwindet das Leuchten, um nach dem Verdunsten des Lösungsmittels wiederzukehren.

Die gleiche Lichterscheinung erhält man, wenn man den Inhalt von Atheromen oder den Inhalt der Bürzeldrüse (Glandula uropygii) der Gans von einem geübten Auge im Dunkeln betrachten läßt; auch hier verschwindet das Leuchten, wenn man die betreffende Substanz mit Äther oder mit Trichloräthylen geschüttelt hat. Nach Schmidt[3]) liegt in dem Atherominhalt kein normales Sebum vor, sondern es besteht wenigstens zum großen Teil aus den Zersetzungsprodukten des Talgs, unter welchen Leuzin, Tyrosin sowie flüchtige Fettsäuren, namentlich Butter-, Valeriansäure und Kapronsäure gefunden wurden. Die Untersuchungen von D. de Jonge[4]) bezüglich der Bürzeldrüse der Wasservögel ergaben 19 bis 24% von ätherlöslichen Stoffen; Cholesterin und dessen Fettsäureester konnten nicht nachgewiesen werden; dagegen finden sich in ihrem Sekret größere Mengen des Palmitinsäureesters des Zetylalkohols, wie er im Walrat vorkommt.

Andererseits zeigt das Ohrenschmalz (Zerumen), welches nach J. E. Petrequin[5]) neben den Bestandteilen des Hauttalgs bis zur Hälfte seines Gewichtes Kaliseifen und außerdem einen gelben Farbstoff enthält, diese Leuchterscheinungen nicht.

Prüft man die Produkte der Schweißdrüsen auf ihr Leuchtvermögen, so ist man erstaunt, sowohl in dem zu Beginn der Schweißsekretion ab-

---

[1]) E. Haschek, Über Leuchterscheinungen des menschlichen Körpers. Sitzungsberichte der Akad. d. Wissensch. in Wien, Math. naturw. Kl., März 1914, Bd. 123, 2a. — [2]) W. G. Ruppel, Über die Vernix caseosa. Zschr. f. physiol. Chemie, 1896, Bd. 21, S. 122. — [3]) C. Schmidt, D. Arch. f. kl. Med., 1869, Bd. 5, S. 522. — [4]) D. de Jonge, Über das Sekret der Talgdrüsen der Vögel. Zschr. f. physiol. Chemie, 1879, Bd. III, S. 225. — [5]) J. E. Petrequin, Compt. rend., 1869, Bd. 69, S. 987.

Digitized by Google

gesonderten sauer reagierenden Sekret wie auch bei dem im Laufe der Sekretion auftretenden alkalischen Schweiße das Leuchten nicht zu finden; es nimmt dies um so mehr Wunder, als man die saure Reaktion des Schweißes nach den Untersuchungen von E. Heuss [1]) auf die freien Fettsäuren zu beziehen pflegt, welche aus den Talgdrüsen stammen, und bekanntlich hat P. G. Unna den Knäueldrüsen eine ganz besondere Rolle in der Hautsekretion zugeschrieben und nachgewiesen, daß sie ein fetthaltiges Sekret absondern.

In meinen mit Haschek veröffentlichten Versuchen hat sich gezeigt, daß die Leuchterscheinungen des menschlichen Körpers auf einer langsamen Oxydation der Ausscheidungsprodukte der Haut beruhen. Das Abhalten des Sauerstoffes von der Haut unterdrückt das Leuchten, ein Ozongehalt der Luft vermehrt die Lichterscheinung.

Das Überwischen mit einem feuchten Tuche genügte, um für einige Zeit die Lichtentwicklung wesentlich herabzusetzen; eine schwache Seifenlösung erhöhte das Leuchten, das Abwaschen mit Alkohol vermehrte für kurze Zeit das Leuchten, doch sank die Lichtwirkung nach dem Verdunsten des Alkohols wieder auf den ursprünglichen Wert. Das Leuchten der Haut verschwand unter Wasser, trat aber sofort wieder auf, wenn der betreffende Körperteil aus dem Wasser herausgehoben wurde. Beim Reiben einer Körperstelle unter Wasser erschien auf der Oberfläche des Wassers eine leuchtende Wolke, von den durch das Reiben mit den Epithelzellen abgestoßenen Sekretionsprodukten herrührend.

Legten wir einen Trichter auf die Haut und füllten wir den Trichterraum aus einem Gasentwicklungsapparat mit Kohlensäure, so blieb die vorhin leuchtende Haut dunkel; ebenso blieb die unter Glasdruck stehende Haut ohne Lichterscheinung. Wurde mit einem Fächer über die leuchtende Hautfläche ein Luftstrom geblasen, so trat in einiger Entfernung von der Haut eine helle Wolke auf, und die Versuchsperson konnte ihren Platz verlassen, ohne daß das Leuchten der Wolke verschwunden wäre; freilich war das Leuchten so schwach, daß es nach 15—30 Sek. nicht mehr gesehen wurde.

Die Hände und das Gesicht, die Brust und die Gegend der Schulterblätter sind die Stellen der stärksten Lichtwirkung, ebenso die behaarten Körperstellen; nach den Feststellungen von E. Haschek und mir leuchtet die Brust kräftiger als der Rücken, und die Lichtentwicklung nimmt nach unten hin deutlich ab.

Es gelang mir aber nicht, die Lichterscheinungen zu photographieren, doch konnte ich einen Einfluß der leuchtenden Substanz auf die photographische Platte in dem Sinne einer Verschleierung feststellen, wobei man freilich daran denken muß, daß die Haut an und für sich photoaktiv ist [2]) und ebenso wie andere Gewebe des menschlichen Körpers auf die photographischen Schichten im Sinne einer Zersetzung des Silbers einwirkt [3]).

---

[1]) E. Heuss, Die Reaktion des Schweißes beim gesunden Menschen. Mh. f. pr. Derm., 1892, Bd. 14, Nr. 9. — [2]) Albert Caan, Über die Radioaktivität menschlicher Organe. Sitzung der Heidelberger Akad. d. Wissensch., Math. naturw. Kl., 1911, 5. Abhandlung. — [3]) Richard Werner, Erworbene Photoaktivität der Gewebe als Faktor der biolog. Strahlenwirkung. M. m. W., 1906, Nr. 1.

Digitized by Google

Da es nach den Untersuchungen von F. Scheminzky [1]) gelingt, emanatorische Erscheinungen bei der Gärung von Saccharomyzes und bei der Keimung von Phaseolus (Expositionszeit 22—24 Stunden) zu photographieren, so müßten etwaige von der Haut ausgehende Emanationen photographierbar sein. Die diesbezüglichen Angaben von Luys und von Narkiewicz-Jodko haben aber der Kritik nicht standhalten können; Luys [2]) ließ die Finger in ein Hydrochinonentwicklerbad tauchen und 20 Minuten im Dunkeln auf die Schichtseite der im Bade befindlichen Platte aufsetzen, und Narkiewicz-Jodko gab an, daß die Wirkungen der Hand auf die photographische Platte stärker werden, wenn durch den Körper der Versuchsperson ein elektrischer Strom durchgehe, und er veröffentlicht einige diesbezügliche Elektrogramme, welche Durville [3]) wiedergibt. Die Tatsache, daß besonders violett hochempfindliche Platten in manchen Händen regelmäßig schleiern, trotzdem jede Berührung mit der Hand oder jede Lichtwirkung sorgfältig vermieden wird, erfährt durch eine Mitteilung der Firma Lumière et ses Fils und durch die Selbstbeobachtung von Adam Voll [4]) eine Bestätigung.

Es sei hier bemerkt, daß viele chemische Reaktionen, wahrscheinlich alle exothermen Prozesse, bei ihrer Durchführung in der Dunkelkammer unter Lichterscheinungen vor sich gehen; so sieht man bei der elektrolytischen Zersetzung des Wassers in Wasserstoff und Sauerstoff ebenso wie bei der Umsetzung von Marmor mit Schwefelsäure und der dabei erfolgenden Entstehung von Kohlensäure ein relativ starkes Leuchten; auch bei der Bildung von Chlorammoniumnebel tritt Leuchten auf. Alkoholdämpfe leuchten in der Luft und ebenso Ätherdämpfe, wobei das Leuchten von der Flasche nach abwärts zu sinken scheint. Die Erscheinung, daß frische Orangenschalen im Dunkeln leuchten, beruht offenbar auf der Oxydation des ätherischen Öls. Radziszewski [5]) fand bei seinen Studien über die Phosphoreszenz, daß Aldehyde und ungesättigte Körper bei Gegenwart von Sauerstoff und bei alkalischer Reaktion im Dunkeln leuchten, und er nahm an, daß alle Körper, welche aktiven Sauerstoff zu speichern vermögen, bei Behandlung mit Basen im Dunkeln zu leuchten vermögen; warum aber alkalischer Schweiß im Dunkeln nicht leuchtet, ist nach dieser Erklärung nicht einzusehen und ebensowenig, warum Blut nicht aufleuchtet.

Aus einer im Wiener zweiten physikalischen Universitätsinstitute ausgeführten, bisher nicht veröffentlichten Untersuchung ergibt sich, daß bei jenen Personen, die im Dunkeln besonders gut sehen und die wir als „Sensitive" zu bezeichnen pflegen, die Empfindlichkeitsgrenze viel niedriger liegt als beim normalen Menschen; in der obzitierten Mitteilung haben Haschek und ich darauf hingewiesen, daß bei Sensitiven die Dunkeladaptation der Augen ungemein rasch erfolgt und die Nachbilder bald

---

[1]) Ferdinand Scheminzky, Photographischer Nachweis von Emanationen bei biochemischen Prozessen. Biochem. Zschr., 1916, Bd. 77, H. 1 u. 2. — [2]) Luys, Note sur l'enregistrement photographique des effluves qui se dégagent des extrémités des doigts. Compt. rend. de la soc. d. biol., Paris 1897, Bd. 49, S. 515. — [3]) Durville, Physik des Animismus. Leipzig, Max Altmann. — [4]) Voll, Die Wünschelrute. Leipzig, Max Altmann. — [5]) Br. Radziszewsky, Über die Phosphoreszenz der organischen und organisierten Körper. Liebigs Annalen, 203, S. 305.

Digitized by Google

abklingen; wieweit der von Ewald Hering[1]) beschriebene raumhafte wolkige unstete Lichtnebel, den er im Dunkeln sieht und welchen er das Eigenhell des verfinsterten Auges nennt, mit dem Sehen luminiszierender Substanzen zusammenhängt, ist natürlich kaum festzustellen. Jedenfalls gelingt es relativ vielen Personen, sich in der Dunkelkammer von der Realität der wahrgenommenen Lichterscheinungen zu überzeugen. Bei einer der Versuchspersonen in der noch nicht veröffentlichten Versuchsreihe genügte etwa der zehntausendste Teil der Energie, welche im normalen Auge das Stäbchensehen zu erregen vermag, zur Erregung der Lichtempfindung im sensitiven Auge.

Auffallend ist, daß durch gewisse pharmakologische Agentien das Leuchten der Haut verstärkt wird; so hat die Erweiterung der Blutgefäße unter der Wirkung von Yohimbin eine Verstärkung des Leuchtens zur Folge, während die Vermehrung der Schweißsekretion durch Pilokarpin keinen Einfluß auf die Lichtwirkung hat, ebenso wie Atropin und die dadurch bedingte Verminderung der Schweißsekretion auf die Lichtwirkung keinen störenden Einfluß übt. Auch die Erweiterung der Hautblutgefäße durch Einatmung von Amylnitrit vermehrt die Lichtwirkung der Kopfhaut, während die übrigen Körperteile keine Änderung zeigen. Die Vereisung der Haut durch Chloräthyl läßt die Leuchtkraft der Haut vollständig verschwinden, und auch nach dem Aufhören der Chloräthylwirkung läßt sich durch lange Zeit das Leuchten nicht beobachten.

Die interessantesten Leuchtversuche ergibt die Behandlung der Haut mit Radium. Läßt man einige Minuten eine Radiumkapsel auf der Haut liegen, so sieht man in der Dunkelkammer die betreffende Hautstelle noch durch längere Zeit, manchmal eine Stunde lang hell leuchten. Haschek hat in der obzitierten Mitteilung von der Beobachtung berichtet, daß in der Dunkelkammer bei dem Vorhandensein eines geschlossenen Gefäßes mit Radiumemanation der menschliche Körper, die Wäschestücke und die Kleider deutlich hell erschienen, so daß auf Distanz von 2 m das Zählen der ausgestreckten Finger möglich war. Ich selbst konnte in einem Radiumemanatorium in der Dunkelheit das Zifferblatt einer gewöhnlichen Taschenuhr ablesen und sah die Hand des menschlichen Körpers in besonders deutlicher Weise in bläulichem Lichte.

Das Phänomen des verstärkten Leuchtens der Haut unter der Einwirkung des Radiums beruht zum Teil auch darauf, daß unter der Einwirkung der Strahlung eine starke Ionisation der Gase eintritt, also ein Zerreißen molekularer Verbände bei gleichzeitiger Umlagerung der elektrischen Ladungen; dieser Vorgang ist an sich mit Leuchtvorgängen verbunden und außerdem tritt, da durch die Ionisation die chemischen Umsetzungen verstärkt werden, die Oxydation wesentlich rascher und heftiger auf und vermehrt damit auch zu ihrem Teile das Leuchten.

Das längere Bestehenbleiben des Leuchtens auf einer Hautstelle, die mit einer Radiumkapsel bedeckt war, erklärt sich aus dem Umstande, daß aus der Radiumkapsel geringe Mengen von Emanation austreten, sich in der unmittelbaren Umgebung der Kapsel verdichten und ihre radio-

[1]) Ewald Hering, Grundzüge der Lehre vom Lichtsinn. Handbuch der Augenheilkunde, Teil I, Kap. 12, S. 119.

Digitized by Google

aktive Wirkung auch nach Entfernung der Muttersubstanz weiter entfalten. Durch die Erkenntnis, daß dadurch eine länger dauernde Quelle der Ionisation unmittelbar an der Haut geschaffen ist, wird sowohl die beträchtliche Verstärkung des Leuchtens wie auch das längere Erhaltenbleiben der Leuchtwirkung unserem Verständnis nahe gebracht.

Bei meinen Versuchen, die Hautkrankheiten nach ihrem Leuchtvermögen zu sondern, zeigte sich, daß alle in die Gruppe der Seborrhoe gehörigen Affektionen mit einer erhöhten Leuchtwirkung einhergehen; besonders gilt dies von der Seborrhoea faciei und der Seborrhoea capitis sowie vom petaloiden seborrhoischen Ekzem; es ist dies wohl recht begreiflich, da bei dieser Erkrankungsform eine Vermehrung des Talgstoffwechsels vorliegt, und auch das Aufleuchten der von Lupus erythematodes ergriffenen Hautstellen ist mit Rücksicht auf die Erkrankung der Talgdrüsen begreiflich. Dagegen ist es nicht leicht verständlich, warum eine Erkrankung wie das Adenoma sebaceum nicht zu einer Vermehrung der Lichtwirkung führt und warum ein mit Aknepusteln bedecktes Gesicht keine deutliche Lichtvermehrung aufweist. Andererseits leuchten oft schuppenbedeckte Hautstellen stark auf; dies hängt wohl mit dem von Unna hervorgehobenen Fettgehalt der parakeratotischen Schuppen zusammen.

Krustöse Ekzeme habe ich aufleuchten gesehen, während ich bei Impetigo auch bei sehr starker Ausbreitung das Leuchten vermißte, ebenso leuchten die Hände von Personen, die an Hyperidrosis manuum leiden, nicht auf, während einzelne Fälle von Alopezia mit einem verstärkten Aufleuchten der haarlosen Stellen einhergehen. Es sind also nicht immer jene Krankheiten, welche mit einer Hypersekretion der Knäueldrüsen und der Talgdrüsen einhergehen, im Sinne der Lichtwirkung begünstigt; es scheint, daß es sich um die Art der abgesonderten Stoffe handelt. Personen mit Dysidrosis der Hände und mit Cheiropompholix zeigen ein stärkeres Leuchten der Handteller als Fälle von akutem Ekzem der Handteller, und bei Schweißfüßen findet man, daß die mit üblem Geruch einhergehende übermäßige Schweißsekretion von geringerer Leuchtwirkung der Haut begleitet ist, als die nach Beseitigung des üblen Geruches gebesserte Haut.

Die Rosazea leuchtet meist sehr gut auf, während ihre fibromatöse Form, das Rhinophyma, nicht leuchtet; auch die der Rosazea ähnliche Syphilis papulocrustosa im mittleren Anteile des Gesichtes leuchtet sehr gut auf, wie auch die großpapulöse Corona veneris an der Stirnhaargrenze zu leuchten pflegt, während die makulösen Formen sowie die psoriatischen Formen der Syphilis ebenso wie die Kondylome nicht zu einem stärkeren Aufleuchten der Haut Veranlassung geben.

Starke Ödeme lassen das Leuchtvermögen der Haut in vermehrter Weise hervortreten, deshalb leuchten variköse Füße meist stärker auf, während ulzerierte Füße das Leuchten an den Geschwürstellen vermissen lassen.

Trockene Haut leuchtet fast gar nicht; urtikarielle Stellen scheinen ebenfalls ihr Leuchtvermögen einzubüßen, ebenso wie Verbrennungsblasen nicht aufleuchten.

Es ist nach dem gegenwärtigen Stande der Beobachtungen also kaum möglich, die gewonnenen Resultate in sicherer Weise zu gruppieren, da

Digitized by Google

man einerseits von der Ermüdbarkeit seiner eigenen Augen und andererseits von der subjektiven Glaubhaftigkeit der „Sensitiven" abhängt; erst eine außerordentlich große Zahl von Beobachtungen würde uns in den Stand setzen, an eine Verwendung der Leuchterscheinungen der Haut für die Hautphysiologie und die Hautpathologie zu denken. Man müßte versuchen, die chemischen Prozesse, welche bei dem Aufleuchten der Haut auftreten, genauer zu definieren und an Stelle der „Sensitiven" die empfindliche chemische Reaktion zu setzen. Meine Beobachtung, daß jene Photographen, deren Hände stark leuchten, bei der Arbeit mit hochempfindlichen photographischen Platten sehr häufig durch Schleierbildungen auf der Platte gestört werden, dürfte vielleicht einen Hinweis auf den Weg geben, welchen die Beobachtung zur Erklärung dieser Rätsel wird einschlagen müssen. Jedenfalls hat das Leuchten der Haut nichts mit okkultistischen Vorstellungen oder mit der Annahme unbekannter Strahlungsenergien zu tun.

Aus der Hautklinik der II. Moskauer Universität (Direktor: Prof. G. Mestschersky).

Versuche der Behandlung der Syphilis mit Spirobismol.

Von

Dr. S. Bogdanow, Assistent.

Von Prof. A. Jordan wurde mir das ihm in liebenswürdiger Weise von der Chemisch-pharmazeutischen Aktiengesellschaft Bad Homburg zu Versuchszwecken gesandte Präparat Spirobismol übergeben und von mir, teils an der mir unterstehenden, männlichen, syphilitischen Abteilung, teils in meiner Privatpraxis probiert. Im ganzen kam es zur Anwendung bei 20 Kranken, und zwar laut Anweisung in intramuskulären Injektionen zu 2 ccm. Die Anzahl der Einspritzungen betrug für eine Kur 12—20, so daß die Gesamtmenge des während einer Kur eingeführten metallischen Wismuts zwischen 0,8 und 1,4 g schwankte. Kinder erhielten die halbe Dosis. An 4 Fällen von frischer Syphilis, welche ausschließlich mit Spirobismol behandelt wurden, ließ sich die therapeutische Wirkung besonders gut verfolgen. In allen diesen Fällen war nach der ersten Injektion die Herxheimersche Reaktion deutlich ausgesprochen. Der Rückgang der sekundären Erscheinungen, sowohl seitens der Haut, als auch der Schleimhäute ging sehr glücklich vor sich. Auch die Sklerosen und regionäre Lymphdrüsen gingen zum Schluß der Kur in bedeutendem Grade zurück. In einem Fall von Lues I (WR ++++, Ulcus induratum vaginae retro-hymenalis) epithelisierte die Erosion bereits nach 2 Neosalvarsaninjektionen (0,15 + 0,3) und einer Injektion Spirobismol (1 ccm). Nach weiterer intravenöser Injektion von 0,3 NS und 3 Injektionen von Spirobismol zu je 2 ccm verschwand die Induration vollkommen und die WR sank auf ++. In zwei schweren Fällen von gummösem Prozeß der Muskeln und Knochen der unteren Extremitäten, welche begleitet wurden von Fistelbildung und spezifischer Nierenerkrankung und bei denen S und KJ nur teilweise geholfen hatten, trat bei Übergang zur Wismutbehandlung ein ganz auffallender Erfolg auf; einige Fistelgänge schlossen sich, die Beweglichkeit der betroffenen Extremitäten besserte sich und der Zustand der Nieren, sowohl hinsichtlich des Eiweißes als der Zylinder usw., verschlechterte sich nicht. In einem anderen Fall von Lues congenita, bei dem es nicht gelungen war, durch eine kombinierte S-KJ-Kur eine Vernarbung des gummösen Geschwürs auf dem Knie zu erzielen, geschah dieses prompt bei Übergang auf eine reine Spirobismolbehandlung.

Die WR wurde in 3 Fällen von Syphilis recens bei ausschließlicher Spirobismoltherapie vollkommen negativ, obgleich sie zu Beginn ++++ ergeben hatte. Die zu diesem Zweck notwendige Menge des metallischen Wismuts 0,31—0,6 und 1,2. In einem 4. Fall von Lues recens, bei dem sich aber der Primäraffekt nicht nachweisen ließ, erhielt die Kranke im Laufe von 6 Wochen 0,6 reines Wismut. Die Roseola schwand, die WR

Digitized by Google

ging 10 Tage nach beendeter Kur von ++++ auf ++ herunter. In einem weiteren Fall, welcher ein 11jähr. Mädchen betraf, das im 1. Lebensjahr syphilitisch infiziert worden war und mit Resten einer schweren $1^1/_2$ Jahr bestehenden Keratitis parenchymatosa und stark positiver WR in meine Behandlung trat, sank die WR nach 1,8 NS und 12 Injektionen Spirobismol zu je 1 ccm auf ±. Die Keratitis blieb unverändert. Freilich stieg die WR einen Monat nach beendeter Kur wieder auf ++++. In zwei anderen Fällen von frischer Syphilis, welche kombiniert mit Spirobismol und NS behandelt wurden, schwanden die klinischen Erscheinungen außerordentlich schnell. In einem Fall wurde die WR 3 Wochen nach Beginn der Kur, als die Kranke 2,6 NS und 4 Injektionen Spirobismol (0,28 metallisches Wismut) erhalten hatte, negativ; die regionären Lymphdrüsen verkleinerten sich sichtbar, nur die Sklerose erhielt sich noch deutlich. In einem anderen, analogen Fall von frischer Syphilis wurde die WR einen Monat nach angewandter kombinierter NS- und Spirobismolkur negativ, wobei von ersterem 3,0, von letzterem 0,6 metallisches Wismut gegeben worden war. Was nun die Nebenerscheinungen anbelangt, so rufen die Spirobismoleinspritzungen einen leichten Schmerz hervor. In zwei Fällen (eine Mann und eine Frau) mußten die Einspritzungen wegen Schmerzhaftigkeit aufgegeben werden, freilich vertrugen beide Kranke ebensowenig Hg-Einspritzungen. In der Mehrzahl der Fälle klagten die Kranken über sehr geringe Schmerzhaftigkeit und vertrugen die Einspritzungen gut. Infiltrate bilden sich nicht an den Injektionsstellen. Gingivitis wurde keinmal beobachtet. Der Wismutsaum, zuweilen sogar sehr deutlich, tritt meist auf, nur in wenigen Fällen war er kaum bemerkbar oder fehlte ganz, vielleicht infolge guten Zustandes der Zähne und des Zahnfleisches? Bei Kranken mit gesunden Nieren wurde nie Albuminurie beobachtet, wie systematisch vorgenommene Untersuchungen lehrten. In zwei Fällen spezifischer Nierenaffektion (Lues III) übte das Spirobismol nicht die geringste reizende Wirkung auf die Nieren aus; die Eiweißmenge schwankte in den Grenzen von 2—4‰, sowohl vor als nach der Behandlung, wobei der eine Kranke 0,35, der andere 0,8 metallisches Wismut erhalten hatte. Über den therapeutischen Effekt des Spirobismol auf die Nieren läßt sich in diesen Fällen nicht urteilen, da beide Fälle vordem mit NS behandelt worden waren. Auf das Allgemeinbefinden hat das Spirobismol keinen schädlichen Einfluß. In einigen Fällen von frischer Syphilis ließ sich sogar eine Besserung des Allgemeinzustandes konstatieren.

Auf Grund persönlicher Erfahrung kann ich bestätigen, daß das Spirobismol ein mächtiges Antisyphilitikum darstellt, welches in seiner Wirkung auf die Erscheinungen von Syphilis wie auf die positive WR bedeutend diejenige der Hg-Präparate übersteigt. In dieser Hinsicht nimmt das Spirobismol einen mittleren Platz ein zwischen Hg und S, wobei es sich in seiner Wirkung mehr dem S nähert. In salvarsanresistenten Fällen gelang es bei Übergang zur Behandlung mit Spirobismol einen bedeutenden Erfolg zu erzielen. Es hat keinen reizenden Einfluß auf die Nieren, weder auf die gesunden, noch auf spezifisch erkrankte. Eine kombinierte Wismut-Salvarsankur gibt den stärksten Ictus therapeuticus.

Referatenteil

redigiert von Dr. Marie Unna, Hamburg-Bergedorf.

Fachzeitschriften.

Réunion Dermatologique de Strasbourg.

Sitzung vom 9. März 1924.

Olga Eliascheff: **Gruppierte großpapulöse Tuberkulide (Varietät Jadassohn) der rechten unteren Extremität und Lupus erythematosus des Gesichtes** (Tuberculides groupées à grandes papules [variété Jadassohn] du membre inférieur droit et lupus érythémateux de la face). Im Gegensatz zu den gewöhnlichen Erscheinungen der Tuberkulide fehlt die Nekrose, die Effloreszenzen sind viel größer, fühlen sich sehr hart an und sind gruppiert. Es bestehen Zeichen von Tuberkulose, auf Tuberkulineinspritzungen lebhafte Herdreaktion. Die gleichzeitige Entwicklung eines Lupus erythematosus bei einem 14jähr. Kinde wird als selten bezeichnet.

Digitized by Google

L. M. Pautrier, Rietman und Salmon: **Ulzerierende und wuchernde Tuberkulose der Füße** (Tuberculose ulcéreuse et végétante des pieds). Seit 20 Jahren mehrfache Erscheinungen von Hauttuberkulose gleichzeitig mit Lungen- und vielleicht Bauchfelltuberkulose. Früher ausgedehnter, jetzt vernarbter Lupus im Gesicht, zur Zeit ulzerierte und wuchernde, fungöse und serpiginöse Tuberkulose der Füße, auf die Haut beschränkt, ohne Beteiligung von Knochen oder Gelenken. Die eigenartigen Veränderungen ließen vorübergehend den Verdacht eines tertiären Syphilides auftreten.

L. M. Pautrier und J. Roederer: **Adenogenes venerisches Geschwür** (Ulcère vénérien adénogène). Im Anschluß an Geschlechtsverkehr schnell überhäutete Erosion, Schwellung in der Leiste, die allmählich zu fluktuieren beginnt; Punktion ergibt viskose Flüssigkeit. Keine Mikroben nachweisbar. Milian bestreitet die Berechtigung, derartige charakteristische Fälle als besondere „vierte Geschlechtskrankheit" aufzufassen, und hält sie für flüchtige weiche Schanker; dafür spreche auch das häufigere Auftreten dieser Erscheinungen wie der weichen Schanker im Kriege.

L. M. Pautrier und Bénard: **Umfangreiches Lymphangiom der Zunge** (Vaste lymphangiome de la langue). 21jähr. Pat., Beginn der Erkrankung im Alter von 5 Jahren. Biopsie bestätigt die klinische Diagnose.

L. M. Pautrier und G. Lévy: **Lupus des Gesichtes, geschwürige Läsionen des behaarten Kopfes, tuberkulöse Läsionen in infiltrierten Plaques vom Typus der Sarkoide an der Bauchwand und dem Rücken** (Lupus tuberculeux de la face, lésions ulcéreuses du cuir chevelu, lésions tuberculeuses en placards infiltrés à type de sarcoides de la paroi abdominale et du dos). Die klinisch und histologisch sarkoidähnlichen Erscheinungen enthalten reichlich Tuberkelbazillen. Sarkoide stellen vielleicht keinen einheitlichen Begriff dar und können ebenso wie auf Syphilis auch auf Tuberkulose beruhen.

L. M. Pautrier: **Subkutane Sarkoide tuberkulösen Ursprunges** (Sarcoides hypodermiques d'origine tuberculeuse). Zahlreiche multiple Drüsenschwellungen. An den Armen nicht ganz scharf begrenzte erythematöse Flecke, tief in der Subkutis gelegene harte, gut begrenzte Knötchen, schmerzlos; keine Fluktuation, keine Neigung zur Erweichung. WR negativ, Pirquet positiv. Histologisch typische Veränderungen subkutaner Sarkoide (Darier); mit Rücksicht auf die Drüsenschwellungen und den positiven Pirquet dürfte die Erkrankung tuberkulöser Natur sein.

G. Milian: **Der rezidivierende Herpes und seine infektiöse Natur** (L'herpès récidivant et sa nature infectieuse). Mehrere Jahre hindurch fast jeden Monat wiederholte Herpeseruptionen am linken Zeigefinger, jedoch nicht immer genau an derselben Stelle; bemerkenswert sind Begleiterscheinungen in Form von Angina pectoris, vasomotorische Störungen, die auch mit einige Male aufgetretenen abortiven Eruptionen in Form von roten Flecken verbunden waren, ferner trophische Störungen, abortiver Basedow und Cl. Bernard-Horner. Mit der Flüssigkeit der Bläschen wurde bei einem Kaninchen eitrige Keratitis und Hemiplegie erzeugt.

Pr. Merklen, L. Pautrier und M. Wolf: **Tödliche Neosalvarsan-Intoxikation mit Ikterus, exfoliierender Erythrodermie und Riesenpurpura** (Intoxication mortelle par néosalvarsan avec Ictère, Erythrodermie exfoliante et Purpura géant). Paralytiker, der im ganzen 4,35 Neosalvarsan erhalten hatte, erkrankte am Tage der letzten Einspritzung von 0,75; Exitus nach $3^1/_2$ Wochen. Sektion ergab Hepatitis, Nephritis, chronische Leptomeningitis.

J. Roederer und E. Stulz: **Basalzellenepitheliom des Rückens, eine atonische Wunde vortäuschend** (Epithélioma baso-cellulaire du dos simulant une plaie atone). 23jähr. junger Mann, von Geburt an kleiner Tumor in der Interskapulargegend, durch Reibung ulzeriert. 10 Monate lang auf verschiedenste Art behandelt, nur vorübergehende Überhäutung. Exzision, die vorher verweigert war; histologisch Basalzellenepitheliom. Entstehung auf dem Boden eines Traumas.

L. M. Pautrier, Rietmann und Salmon: **Haut-, Knochen- und Gelenktuberkulose** (Tuberculeuse cutanée, osseuse et articulaire). Bericht über eine früher vorgestellte Kranke, die schließlich einer Kachexie und interkurrenten Bronchopneumonie ohne Ausbreitung der Tuberkulose in den inneren Organen erlegen war.

L. M. Pautrier: **Behandlung des Lichen planus durch Röntgenbestrahlungen des Rückenmarkes** (Traitement du lichen plan par la radiothérapie médullaire). Unter Ausschluß jeder anderen Behandlung zweimalige Bestrahlung; Wirbelsäule vom ersten Dorsal- bis fünften Lendenwirbel in fünf Felder geteilt, je 4 H unter 5 mm Aluminium. Nach 14 Tagen beginnende Involution, nach 1 Monat Heilung.

Digitized by Google

Sitzung vom 18. Mai 1924.

Hufschmidt: **Zur Behandlung des Lichen planus durch Röntgenbestrahlung des Rückenmarkes** (A propos du traitement du lichen plan par la radiothérapie de la moelle épinère). Heilung zweier Fälle durch Bestrahlung im sagittalen Durchmesser von 3 H unter 5 mm Aluminium; doch trat im ersten Falle die Heilung nur zögernd ein, und im zweiten erfolgte zunächst eine Exazerbation und Generalisation. Die Bestrahlung im Querdurchmesser dürfte vorzuziehen sein.

Olga Eliascheff: **Ulzeröse Radiodermitis und spinozelluläres Epitheliom auf Lupus erythematosus** (Radiodermite ulcéreuse et épithéliome spinocellulaire sur lupus érythémateux). Der Lupus erythematosus war mehrere Jahre hindurch mit Röntgenstrahlen behandelt worden.

Zimmerlin: **Fall von Pityriasis rubra pilaris** (Un cas de pityriasis rubra pilaire). Der Fall scheint auf Tuberkulose zu beruhen (Orchitis).

L. M. Pautrier: **Ein neuer klinischer Typus: Erythrose faciale atrophiante** (Un nouveau type clinique: l'érythrose faciale atrophiante). Bei einem sonst gesunden jungen Manne von 17 Jahren bestehen seit frühester Kindheit auf den Wangen und am Kinn umfangreiche gut begrenzte Flecke eines persistierenden Erythems. Die Läsionen können zu Atrophie mit Narbenbildung führen. Im übrigen ist die Haut normal. Differentialdiagnostisch werden Ulerythema ophryogenes Unna (Kératose pilaire rouge atrophiante de la face Brocq), Atrophodermie vermiculée der Wangen ausgeschlossen.

L. M. Pautrier und Georges Lévy: **Mykosis fungoides mit primären Tumoren oder Lymphadenome von der Haut ausgehend** (Mycosis fongoide à tumeurs d'emblée ou lymphadénome d'origine cutanée). Beginn mit stark juckenden erythematösen Flecken, die sich zu kleinen Tumoren entwickelten. Sitz an den Schläfen und an der Haargrenze. Für Mykosis spricht die Polymorphie, die Art des Auftretens, die Eosinophilie im Blut. Doch scheint mit Rücksicht auf gewisse histologische Besonderheiten und ein Rezidiv in der Exstirpationsnarbe, das ganz den Eindruck eines malignen Tumors macht, die Diagnose eines Lymphadenoms vorzuziehen zu sein. Allerdings ist außerdem die Tatsache zu berücksichtigen, daß die Mykosis fungoides keine Krankheitseinheit darstellt.

E. Stulz und R. Fontaine: **Fall von Filaria medinensis** (Un cas de Filiarose de Médine). Bei dem Pat., der sich eine Zeitlang an der Elfenbeinküste aufgehalten hatte, wurde in einer anscheinend aus banaler Ursache entstandenen Phlegmone am äußeren Knöchel des rechten Fußes eine Filaria gefunden; nach einigen Wochen zeigte sich eine zweite an der rechten Gesäßbacke. Über die Art der Infektion war nichts festzustellen, die Inkubation betrug mindestens 6—7 Monate. Die Extraktion geschah nach Instillation von Kokain und Sublimat in das Innere des Parasiten.

L. Boez und J. Schreiber: **Über die widersprechenden Ergebnisse der WR bei der Untersuchung mit erhitztem und nicht erhitztem Serum** (Sur la discordance des résultats de la réaction de Bordet-Wassermann par les méthodes au sérum chauffé et au sérum non chauffé). Zur Anwendung kamen für das erhitzte Serum die Methode von Calmette und Massol, für das nicht erhitzte die von Eschbach und Duhot; erstere ist außerordentlich spezifisch, negativ bei Malaria und Lepra, im akuten Stadium und der Rekonvaleszenz infektiöser Krankheiten (Scharlach, Pneumonie), ferner sehr sensibel. Die Technik von Eschbach und Duhot gestattet eine vergleichsweise Titrierung durch die Menge der aufgelösten Blutkörperchen, die hämolytische Kraft des Serums allein und die Mischung von Serum + Antigen. Die Differenz der Resultate betrug 16,6%, ermäßigt sich jedoch auf 2,7%, wenn die positiven Resultate fortgelassen werden, die bei frischem Serum erst nach mehrfachem Zusetzen roter Blutkörperchen auftraten. Es ist die Anwendung beider Methoden zu fordern, weil die Technik mit erhitztem Serum weniger sensibel aber spezifischer, die mit nicht erhitztem sensibler aber weniger spezifisch ist. Als neu wurde der Befund einer negativen Reaktion mit frischem, bei positiver Reaktion mit erhitztem Serum festgestellt.

A. Diss und Georges Lévy: **Entwicklung eines Leiomyosarkoms auf einem alten Lupus des Gesichtes** (Léiomyosarcome développé sur ancien lupus tuberculeux de la face). Schilderung des histologischen Befundes. Die Geschwulst zeigte eine außerordentliche Malignität in ihrer weiteren Entwicklung.

Sitzung vom 20. Juli 1924.

L. M. Pautrier und Rietmann: **Neue Fälle von Epidermophytien durch Trichophyton granulosum** (Nouveaux cas d'épidermophyties dus au „Trichophyton granulosum"). Der im Verfolg früherer Beobachtungen in verschiedenen Kliniken wiederum

Digitized by Google

aufgetretene Pilz scheint in Straßburg heimisch geworden zu sein und an Virulenz zugenommen zu haben, da sich jetzt auch tiefe Veränderungen und Onychomykosen zeigten.

Rietmann und Salmon: **Knochen- und Sehnentuberkulose mit Hautknötchen** (Tuberculose osseuse et tendineuse à nodules cutanés). Die Hauterscheinungen konnten auch an eine Mykose denken lassen, doch gaben Kulturen kein Resultat. Meerschweinchenimpfungen erfolglos. Histologisch Tuberkulose wahrscheinlich, aber nicht zu beweisen. WR negativ. Pirquet stark positiv.

L. M. Pautrier, Georges Lévy und Salmon: **Pagetsche Krankheit der Brustwarze** (Maladie de Paget du mamelon). Bei dem zuerst als Ekzem betrachteten und erfolglos behandelten Fall fanden sich bei der histologischen Untersuchung charakteristische pathologische Elemente, die der klassischen Beschreibung der dyskeratotischen Zelle der Pagetschen Krankheit entsprachen. Die Läsionen sind bei der nunmehr seit 7 Jahren bestehenden Krankheit auf die Epidermis beschränkt. Keine sonstigen Knoten in der Mamma, keine Drüsenschwellungen. Die Pagetsche Krankheit muß als präkanzeröser Zustand aufgefaßt werden; die Bezeichnung als Dyskeratose ist eigentlich nicht ganz zutreffend.

Pr. Merklen, M. Wolf und A. Vallette: **Sklerodermie mit Kalkablagerungen** (Sclérodermie avec concrétions calcaires). Die Konkretionen finden sich nicht nur, wie gewöhnlich beschrieben, in der Zone der Sklerodermie, sondern auch außerhalb derselben, und zwar besonders an Schleim absondernden Geweben: Schleimbeutel des Olekranons und der Patella, Sehnenansätze längs der Ulna, Tibia.

L. M. Pautrier, Stricker und Metzger: **Polymorphe, schmerzhafte Dermatitis bei einem Greise, von bullösem Typus und schwerer Form, mit Arsen und Röntgenbestrahlungen der Milz behandelt** (Dermatitis polymorphe douloureuse chez un vieillard, à type bulleux et à forme grave, traitée par l'arsénothérapie et la radiothérapie de la rate). Bei einem Manne von 78 Jahren traten seit 3 Monaten immer häufiger sich wiederholende Schübe von erythematösen Flecken, Bläschen und Blasen, später nur diese, begleitet von intensiven Allgemeinerscheinungen, auf. An den Beinen entwickelten sich Purpuraefflorescenzen. Fieber, Nephritis, Abmagerung, Kachexie, komatöser Zustand. Mit dem Beginn der Arsenbehandlung (intramuskuläre Sulfarsenoleinspritzungen) und der Röntgenbestrahlungen der Milz änderte sich der Zustand mit einem Schlage. Es ist möglich, daß die Wirkung auf einer Änderung der Viskosität und Koagulabilität des Blutes beruht.

L. M. Pautrier, Rietmann und Hababou: **Polyadenitis inguinalis vom Typus der Lymphogranulomatose und mit Befund von Nokardia** (Polyadénite inguinale, à type de lymphogranulomatose et à Nocardia). Umfangreiche Drüsenschwellung in der linken Leiste ohne voraufgegangenen Geschlechtsverkehr, kleine rundliche Erosion an der Unterfläche des Penis. Durch Punktion und spontane Entleerung wird Eiter gewonnen, der keine Ducreyschen Bazillen enthält, aus dem sich aber Kolonien mit Schimmelgeruch züchten lassen, die einen Pilz von der Art Nokardia, Unterabteilung N. majora, enthalten. Impfungen damit bei Kaninchen und Meerschweinchen verliefen erfolglos. Ob dieser Pilz als Ursache der Erkrankung anzusprechen ist, bleibt fraglich; da er sehr weit verbreitet ist, kann er auch als reiner Saprophyt vorhanden sein. Mit dem Ulcère adénogène vénérien (vierte Geschlechtskrankheit Nicolas-Favre) hat der Fall große Ähnlichkeit, abweichend ist die Art der umfangreichen Suppuration. Durch intravenöse Jodkalieinspritzungen und örtliche Behandlung mit verdünnter Lugolscher Lösung wurde schnelle Besserung erzielt.

Canuyt und Terracol: **Lupus der Nasengänge. Radiumbehandlung. Heilung** (Lupus des fosses nasales. Traitement curiethérapique [radium puncture]. Guérison). Die Nasengänge waren durch eine tuberkulöse Infiltration mit akuten entzündlichen Läsionen verlegt, tuberkulöse Erscheinungen im Pharynx. An der Haut kein Befund. Nach Einlegen von Radiumnadeln Schorfbildung, nach Abstoßung Schwinden der Schwellung, gute Vernarbung, Wiederherstellung der normalen Verhältnisse.

Pautrier, Ambard, Schmid und Salmon: **Unterschenkelgeschwür bei einer Diabetikerin mit Insulin behandelt** (Ulcère du jambe chez une glycémique traité par l'insuline). Umfangreiches variköses Geschwür zeigt nach Insulineinspritzungen gute Überhäutung. Es muß vorläufig dahingestellt bleiben, ob die Heilung nur auf das durch das Insulin bewirkte Schwinden des Zuckers oder auf eine direkte Einwirkung auf die Gewebe zu beziehen ist.

Digitized by Google

J. Roederer und G. Lévy: **Abnorme Form von Lupus atrophicus des behaarten Kopfes** (Forme abnorme de lupus tuberculeux atrophique du cuir chevelu). Primärer Lupus des behaarten Kopfes ist sehr selten. Die klinische Diagnose wurde durch den histologischen Befund bestätigt. Dieser zeigte Zerstörung im Korium und dem diffus infiltrierten Papillarkörper ohne die geringste hyperplastische Reaktion im Epithel; vielmehr wurde dieses allmählich atrophisch, ohne bisher zu ulzerieren. Nach der Tiefe und in der Peripherie breitet sich der tuberkulöse Prozeß längs der Lymphgefäße aus.

L. M. Pautrier: **Fall zur Diagnose: plaquesförmige, fliederfarbige, glänzende und silberweiße, leicht schuppende Läsionen mit leichter Neigung zur Atrophie** (Cas de diagnostic: lésions en plaques lilacées, micacées et argentées, légèrement squameuses à tendance légèrement atrophique). Bei einem Knaben von 11 Jahren seit 2 Monaten aufgetretene Affektion ausschließlich am Rumpf. WR negativ, Pirquet positiv. Die Effloreszenzen scheinen sich sehr schnell zu entwickeln. Histologisch keine wesentlichen Veränderungen.

J. A. Barré und P. Masson: **Anatomisch-klinische Untersuchung gewisser schmerzhafter, subungualer Geschwülste (Geschwülste des neuro-myo-arteriellen Knäuels der Extremitäten)** (Etude anatomo-clinique de certaines tumeurs sous-unguéales douloureuses [tumeurs du glomus neuro-myo-artériel des extrémités]). In 2 Fällen, von denen der eine im Anschluß an ein Trauma am Nagel sich entwickelt hatte, schwanden nach Entfernung der Geschwulst die Schmerzen, die vorher im ganzen Arm außerordentlich gewesen waren. Die Geschwülste erwiesen sich als arterielle Angiomyoneurome.

L. M. Pautrier: **Die Behandlung des Lichen planus durch Röntgenbestrahlungen des Rückenmarkes** (Le traitement du lichen plan par la radiothérapie de la moëlle). Weitere Ausführungen zu der ersten Mitteilung in der März-Sitzung. Durch die nunmehr in seitlicher Richtung vorgenommenen Bestrahlungen, wodurch die Absorption eines beträchtlichen Teiles der Strahlen durch die Processi spinosi vermieden wird, wurden vorzügliche Erfolge auch in den Fällen erzielt, in denen die vorherigen Bestrahlungen im sagittalen Durchmesser nicht genügend gewirkt hatten. Es wird in Aussicht genommen, für lokalisierte Fälle die Bestrahlungen segmentär vorzunehmen, bei Lichen der Mundschleimhaut solche der Medulla spinalis.

G. Hügel: **Favus des behaarten Kopfes, der unbehaarten Haut und der Nägel** (Favus du cuir chevelu, de la peau glabre et des ongles). $3^1/_2$jähriges Kind; die seit 9 Monaten auf dem Kopfe bestehenden Erscheinungen hatten sich seit 4 Monaten über den Körper ausgebreitet. Der ganze Kopf ist von einer Krustenkappe bedeckt. Am Körper zeigen die beginnenden Effloreszenzen einen kleinen erythematösen Fleck mit einer stecknadelkopfgroßen weißlichen Granulation im Zentrum; beim Größerwerden nehmen sie das charakteristische Aussehen an. Die ergriffenen Nägel sind gebogen, brüchig, von charakteristischer schwefelgelber Farbe. E. Levin-Berlin.

Dermatologische Zeitschrift.

1924, Bd. 42, H. 1.

Zur Histopathologie der Wismutstomatitis mit experimentellen Beiträgen, von R. Strempel u. G. Armuzzi, Univ.-Hautkl. Bonn. S. 1. Die histologische Untersuchung eines Wismutfleckes der Wangenschleimhaut sowie des Zahnfleisches bei einem Fall von beginnendem Wismutsaum ergab folgenden Befund: Das Epithel ist nicht verbreitert, zeigt Ödembildung mit auseinandergedrängten Interzellularräumen und Vakuolisation. Die Zellen sind degeneriert. Die Mukosa ist infiltriert und gefäßreich, die Gefäße sind dilatiert. Im Infiltrat finden sich Rundzellen, Leukozyten, Bindegewebszellen. Perivaskulär sind keine Infiltrate vorhanden. In den Spitzen der Papillen Ablagerung von Wismut, die Papillargefäße sind völlig mit Bi imbibiert, auch die Endothelzellen sind teilweise mit dunkeln Körnchen gefüllt. Subpapillär zahlreiche mit Niederschlag beladene Zellen. Überall sind neben den Niederschlägen in den Gefäßen schon degenerative Prozesse vorhanden, die sich in geringerer Färbbarkeit bis zu völligem Kernschwund dartun. In einem Fall von ulzeröser Bi-Stomatitis waren die Papillen mit Bi-Niederschlägen durchsetzt, die teils in den erweiterten Kapillarwänden lagen, teils von Endothelien aufgenommen wurden. Die nekrotischen Teile zeigten Ablagerungen in Schollen und Körnchen. Das Epithel war völlig frei. Der gleiche Befund wurde bei

Digitized by Google

einem Hund festgestellt, der nach 5 Injektionen von 2 ccm Trepol und $3^1/_2$ ccm Bismogenol innerhalb von 3 Wochen an einer Intoxikation erkrankte, die sich in Abmagerung, Mattigkeit und fauliger Stomatitis kundgab. Die Pathogenese der Bi-Stomatitis ist die gleiche wie die der Hg-Stomatitis. Daneben kommt bei größerer Aufnahme von Bi zentral bedingte Reizung der Vasomotoren und direkte Einwirkung auf das vegetative System (Alteration der Gefäße bis zur völligen Lähmung), ferner die Disposition des Individuums und die verschiedenartige Empfindlichkeit gegenüber den einzelnen Bi-Präparaten in Frage.

Zur Symptomatologie und Histologie der kongenitalen Dyskeratosen, von St. R. Brünauer, Derm. Abt. Wilhelminensp. Wien. S. 6. Verf. bespricht die gesamte einschlägige Literatur und teilt einen selbstbeobachteten Fall mit. Es handelt sich um einen 9jähr. Knaben, der zahlreiche dyskeratotische Veränderungen aufweist, die teils unmittelbar bei der Geburt teils in den ersten Lebensjahren in Erscheinung getreten sind. An Handtellern und Fußsohlen bestehen beträchtliche hyperakeratotische Herde, die strahlenartig angeordnet sind. Die Finger und Zehen weisen Veränderungen ähnlich denen der Onychogryphosis auf. An der Streckseite der Finger und Zehengelenke, am Malleolus externus, Dorsum pedis, an der Achillessehne sowie an der Streckseite der Ellenbogengelenke sind symmetrisch angeordnet multiple Cornua cutanea vorhanden. Die Wangenschleimhaut zeigt leukokeratotische Veränderungen, die Kornea beiderseits sichelförmige Trübung. Die Zähne weisen Schmelzdefekte auf. Die Intelligenz des Pat. ist merklich herabgesetzt. Histologisch zeigen die Veränderungen der Haut, Schleimhaut und Bindehaut weitgehende Übereinstimmung. Das Epithel ist überall weit verbreitert, insbesondere die Hornschicht. Sodann finden sich in allen Präparaten Anzeichen von Para- und Dyskeratose der Hornschicht, Vakuolenbildung in den Stachelzellen, Fehlen des Stratum granulosum an den Stellen, wo die Hornschicht mächtig vergrößert ist, ferner dyskeratotische Zellen (Darier) im Bereich des Rete Malpighi.

Beitrag zur Behandlung der weiblichen Gonorrhoe mit Kollumkapseln nach Pust, von G. Brann, Univ.-Hautkl. Rostock. S. 27. Die Resultate der Behandlung der Blennorrhoe des Weibes mit Kollumkapseln waren im allgemeinen günstiger als die mit Tampons und Spülungen. Unter 53 Fällen waren nur 3 Versager und 3 zweifelhafte Erfolge zu verzeichnen. Die übrigen Fälle wurden durchschnittlich nach 8—13 Wochen klinisch geheilt. In 32 Fällen waren die Abstriche schon nach etwa 3 Wochen dauernd negativ. Die Behandlung der Urethralblennorrhoe wurde durch gleichzeitige Kapselbehandlung wesentlich abgekürzt. Einige Male wurden dekubitusartige ringförmige Erosionen an der Haftstelle der Kapsel selbst bei tadellosem Sitz beobachtet, so daß die Behandlung abgebrochen werden mußte.

Lupus erythematodes in Verbindung mit verhornendem Plattenepithelkrebs, von F. Kreutzer, Univ.-Hautkl. Marburg. S. 38. Der jetzt 57 Jahre alte Pat. leidet seit 1900 an einem Lupus erythematodes, der seit 1921 trotz Behandlung mit Pyrogallol rasch an Ausdehnung zunimmt und nun bereits beide Wangen, die Stirn bis zur Haargrenze, die Ohrläppchen und den Unterkiefer befallen hat. Am Rande der Affektion befinden sich frische Herde, ferner auf dem rechten Nasenflügel. Stellenweise ist die Haut eingesunken und weist atrophische Narben auf. In der Parotisgegend der linken Wange weist Pat. einen fünfmarkstückgroßen Tumor auf, der mit Borken bedeckt ist. Unter den Borken sind Ulzerationen vorhanden. Diagnose: verhornender Plattenepithelkrebs. Kausalgenetisch zieht Verf. die jahrelange Pyrogallolbehandlung in Betracht.

F. Harry-Wiesbaden.

Annales des Maladies Vénériennes.

1924, Jahrg. 19, Nr. 8.

Über erworbene extragenitale Syphilis (De la syphilis extra-génitale accidentelle), von A. Serra, Univ.-Hautkl. Sassari, Italien. S. 561. An der Hand einer ausgedehnten Statistik weist Verf. nach, wie häufig die extragenitale Lues ist, deren Bedeutung im allgemeinen unterschätzt wird. Drei große Gruppen der extragenitalen Syphilis: die der Ammen und Kindermädchen, die der Kinder und die der Erwachsenen. Bei den Ammen fiel die Schwere der Infektion auf. Naturgemäß ist die Mamma hier der Hauptsitz der Infektion, während im übrigen die Lippen am meisten disponiert sind. Auch andere Autoren betonen, wie häufig die Kopfregion an der extragenitalen Lues beteiligt ist, weil sie einerseits am wenigsten gegen Berührung usw. geschützt ist, und

Digitized by Google

weil andererseits die Schleimhäute der Nase, der Wangen und der Augen eine besonders günstige Eintrittspforte für die Spirochäten darstellen.

Die Aktivierung der Arsenbenzole durch die Metalle und der Ablauf der kombinierten Behandlung (De l'activation des arsénobenzènes par les métaux et du mécanisme du traitement conjugué), von Lehnhoff-Wyld. S. 613. Experimentelle Untersuchungen an Mäusen. Das Optimum für die löslichen Präparate ist erreicht, wenn man Arsen und Metalle gleichzeitig injiziert. Bei Verwendung der unlöslichen Substanzen (Quecksilber, Wismut) empfiehlt sich, diese einige Stunden, vielleicht einen Tag vorher einzuspritzen; dadurch wird erreicht, daß die Metalle sich bereits im Zustand maximaler Absorption befinden in dem Augenblick, wo das Arsen verabreicht wird. Die Metalle scheinen hierbei nach Art der Katalysatoren zu wirken.

Elektrische Ionisierung bei der akuten Blennorrhoe der vorderen Harnröhre (L'électro-ionisation dans l'urétrite blennorragique antérieure aigué), von A. Catzéflis. S. 631. Verf. sah von der Methode gute Erfolge, besonders bei der akuten Blennorrhoe, wo sie zur Abortivkur geeignet ist. Aber auch im subakuten Stadium ist ein Versuch noch durchaus empfehlenswert. Eine Gegenanzeige bildet das Vorhandensein einer Phimose, einer Paraphimose und paraurethraler Gänge. F. Landauer-Berlin.

The British Journal of Dermatology and Syphilis.

1924, Bd. 36, Nr. 8—9.

Hautxanthome und „Xanthomatosis" anderer Körperteile — pituitarische Xanthomatosis — Xanthomyelome der Sehnenscheiden usw. und die Cholestearindiathese (Cutaneous Xanthoma and „Xanthomatosis" of Other Parts of the Body — Pituitary Xanthomatosis — „Xanthomyelomata" of Tendon-Sheaths, etc. — and the „Cholesterin Diathesis"), von F. P. Weber. S. 335. Der Cholestearinstoffwechsel des tierischen Organismus ist bis jetzt noch unvollkommen erforscht, aber soviel steht fest, daß er mit dem gewöhnlichen Fettstoffwechsel ziemlich enge verbunden ist, so daß bei Versuchen, Zustände pathologischer Cholesterinämie zu bekämpfen, die gewöhnlichen Fette in der Nahrung beschränkt werden müssen. Andererseits haben Tierexperimente von Aschoff usw. ergeben, daß die größere Menge Cholestearin im Körper mit der Nahrung aufgenommen wird. Mit der pathologischen lokalen Ablagerung von Cholestearin ist der ganze Komplex der Xanthomatosis enge verbunden — das Cholestearin wird, wenigstens teilweise, intrazellulär (in Form von Cholesterinestern) abgelagert. In einzelnen Kapiteln werden hier eingehend besprochen: Hautxanthome und Xanthomatosis (Atherom) der Aorta, großen Arterien und Herzklappen, die Frage der „Xanthomzellen", Makrophagen (Histiozyten) und das retikulo-endotheliale Zellsystem. Dieselbe Klasse von phagozytären Zellen spielt eine ähnliche Rolle bei der Phagozytose gewöhnlichen Neutralfettes während der Entzündungsprozesse im subkutanen Fettgewebe und es entsteht auf diese Weise auch das Bild der „Pseudoxanthomzellen" (phagozytäre Histiozyten, mit Fettkörnchen beladen). Moderne experimentelle Arbeiten und allgemeine Überlegungen führen Verf. weiterhin zu dem Schlusse, daß Atherom der inneren Schicht der Aorta und der großen Arterien und der Herzklappen ein wirklicher Prozeß von Xanthomatosis in Chalatows Sinn — eine anisotropische Fettinfiltration — mit Anhäufung von „Schaum-" oder Xanthomzellen ist, und daß der Prozeß innig mit Hypercholesterinämie ebenso wie das Hautxanthom verknüpft ist. Die Beziehung von Xanthomatosis zu lokalen Entzündungs- und wirklichen neoplastischen Prozessen ist eine Frage, die wohl auch mit jener der Hypercholesterinämie zusammenhängt. Die Xanthome der Sehnenscheiden werden oft unter anderen Namen, wie Sarkome, Myelome, Riesenzellensarkome, Granulome usw. geführt, ebenso wie die Fremdkörper-Riesenzellengeschwülste unter anderen Bezeichnungen (Pseudotuberkuloma usw.) figurieren. Merkwürdig sind weiterhin die seltenen Fälle, wo Diabetes insipidus auf xanthomatösen Veränderungen der Hirnbasis (Glans pituitaria) beruht. Xanthomatosis der Tuben und xanthomatöse Salpingitis sind ebenfalls vorkommende Erkrankungen, und nur kursorisch seien erwähnt der kurz beschriebene Arcus senilis (Gerontoxon), das Xanthelasma palpebrarum, der Zusammenhang zwischen Hypercholesterinämie und Gicht, die Xantho-Nävoendotheliome und einige andere vergleichsweise angeführte Zustände. Ein umfangreiches Literaturverzeichnis gibt anhangsweise Aufschluß über die bisher auf diesem Gebiete geleistete Arbeit.

Digitized by Google

Ein Fall multipler sarkomatöser Neubildung der Haut (A Case of Multiple Sarcomatous Growth of Skin), von F. H. Jacob und H. S. Wallace-Nottingham. S. 370. Pat. — Alter ist nicht angegeben — zeigte eine große Anzahl von Hautknötchen, symmetrisch am Rücken und beiden Beinen verteilt, von Stecknadelkopf- bis zur Größe von zwei Zoll im Durchmesser; ihre Farbe ist dunkelrot, einige violett, sie sind hart, scharf umgrenzt. Die Gesamtzahl betrug 150. Drüsen nicht geschwollen, Allgemein- und Ernährungszustand gut. Schmerzen nur zeitweise an den Knöcheln, welche auch dem Auftreten der Knoten und Knötchen vorausgegangen waren. Ein exzidierter Knoten zeigt die Struktur einer Art von Sarkom. Behandlung mit X-Strahlen bewirkte rasche Abnahme der Geschwülste. Dieselben traten aber wiederum auf, zugleich mit ausgesprochener Lymphozytämie; Pat. wurde rasch schwächer und kachektisch, bekam Atem- und Schluckbeschwerden und bot schließlich einen jammervollen Anblick (Leber und Milz vergrößert, einige palpable, aber nicht sichtbare Knötchen in der Bauchwand, Leistendrüsen rechterseits vergrößert). Über den weiteren Verlauf kann nicht berichtet werden, da Pat. plötzlich das Krankenhaus verließ. (Mit Abbildung.)

Ein Fall von Pityriasis rubra pilaris (Devergie) (A Case of Pityriasis Rubra Pilaris (Devergie), von G. Pernet. S. 373. Patientin, 56 Jahre alt, erschien wegen eines Ausschlags, der vor etwa 1 Monat am Bauch begonnen hatte und dann auf Brust und später auf Gesicht, Arme und Beine sich ausbreitete. Der Ausschlag war im allgemeinen erythematöser Art, mit zum Teil kleienförmiger Abschuppung am Gesicht und Kopf, die Beine zeigten eine trockene erythematöse Dermatitis mit kleienartiger Abschuppung, mit inselförmigen, hier und da hervorstehenden follikulären Elementen, an der Vorderseite der Knie und um die Ellenbogen herum waren adhärente psoriasisförmige Schuppen. Die Behandlung bestand in Chinin. sulfur. innerlich und äußerlich Öllinіment, 3 X-Strahlen-Bestrahlungen (auf die Brust), wodurch allmählich der Ausschlag von oben nach unten zurückging; späterhin erhielt Pat. noch Schilddrüsentabletten, welche Medikation zusammen mit Chinin noch lange fortgesetzt wurde. Die Besserung bezog sich vor allem auf Gesicht und Stamm, während Hände und Vorderarme, Füße und Unterschenkel der Behandlung länger trotzten und besonders die Nägel Dystrophie und Verdickung zeigten. P. erinnert sich nicht, jemals einen so ausgedehnten akuten Fall von Pityriasis rubra pilaris gesehen zu haben. (Mit Abbildungen.) M. Stern-München.

Russki Westnik Dermatologii.

1924, Bd. 2, Nr. 9, Septemberheft.

Zur Frage der bakterioskopischen Diagnose der Lepra, von Rosenthal und Kruglak. Die Untersuchung des Lymphdrüsenpunktats auf Leprabazillen mittels Färbung nach Ziehl-Nielsen ergab bei Lepra tuberosa wie Lepra mixta in 100%, bei Lepra anaesthetica in 95% ein positives Resultat.

Leucoderma artificiale — Leucoderma solare, von Mestchersky. Das Leukoderma bei erythemato-squamösen Dermatosen kann entweder ein Posteruptivum spontaneum oder ein Posteruptivum solare sein, wobei das klinische Bild völlig identisch, aber die Ursache das eine Mal eine innre, das andere Mal eine äußere ist, und zwar bald das Chrysarobin, bald die Sonnenstrahlen und die Strahlen der Höhensonne.

Zur Frage der Parapsoriasis (Pityriasis chr. lichenoides), von Krupnikoff. Beschreibung von 2 Fällen von Parapsoriasis, von denen der eine, bereits in den Acta dermato-venereologica veröffentlicht, außer eigenartiger Anordnung der papulösen Elemente in Streifenform und verrukösen Wucherungen auf Händen und Füßen auch noch Veränderungen der Schleimhaut des harten und weichen Gaumens, der Zunge und Lippen zeigte. In beiden Fällen erwies sich die Behandlung mit Injektionen von 1%iger Pilokarpinlösung resultatlos.

Quantitative Bestimmung der stark positiven Luessera, von Kowarski und Jakubowitsch. Als zweckmäßigste Methode zur Bestimmung der WR ist diejenige von Boas anzusehen, wobei die Aufzeichnung am besten nach dem Vorschlag von Lesser geschieht, welcher die übliche Serumdose 0,2 als Originaleinheit (OE) bezeichnet und das Resultat der WR in OE = 4 + ausdrückt.

Über die Gitterfasern in den Hautsyphiliden, von Zenin. Nach Behandlung der betreffenden Hautschnitte nach der Methode von Baresch-Bielschowsky, ergänzt durch diejenige von v. Gieson, fand Verf. in sämtlichen Fällen von Hautsyphilis Gitter-

Digitized by Google

fasern, so daß er die Konsistenz der Syphilide durch mächtige Entwicklung von Gitterfasern erklärt, zumal da ein gewisser Parallelismus zwischen der Mächtigkeit des Zellinfiltrats und der Quantität der Gitterfasern besteht. In Pigmentflecken und Narben nach syphilitischen Eruptionen kommen keine Gitterfasern vor. Die letzteren haben nichts mit den elastischen Fasern zu tun. Ihre Natur ist noch ungeklärt.

Zur Frage der frühzeitigen Diagnose und Abortierung der extragenitalen Syphilis, von Rosenquist. An verschiedenen Beispielen wird die Gefahr der extragenitalen syphilitischen Infektion für die Umgebung und die Bedeutung der frühzeitigen richtigen Diagnose und Abortierung derselben hervorgehoben. Leider scheitert das oft, weil die betreffenden Fälle zunächst in die Hände des Internisten oder Kinderarztes geraten, welche an die Möglichkeit einer syphilitischen Infektion gar nicht denken.

Versuch der Behandlung blennorrhoischer Affektionen mittels Einspritzungen kleiner Quantitäten Milch, von Djakow. Gute Erfolge bei Epididymitis und Prostatitis gonorrh. durch Injektionen von 0,5—2,5 ccm Milch, wobei jede lokale und allgemeine Reaktion vermieden wird.

Ein Fall von Atrophia maculosa und Anetodermia erythematosa cutis nach einem Primäraffekt, von Kedroff. Ein Herd von Hautatrophie auf der Bauchhaut nach einem harten Schanker.

Ein Fall von isolierter, blennorrhoischer Erkrankung eines paraurethralen Ganges, von Leites. Heilung durch Exzision des Ganges.

Über Trichophytide, von Jordan. Beschreibung von 3 Beobachtungen von Lichen trichophyticus bei Knaben im Alter von 9, 8 und 6 Jahren nach Röntgenbestrahlung ihrer Trichophitia s. capillitii. Der Ausschlag auf dem Körper trat am 3., bzw. 9. und 14. Tage nach der letzten Bestrahlung der Kopfhaut auf und verlief, außer in einem Fall, fieberlos. A. Jordan-Moskau.

Zeitschrift für Urologie.

1924, Bd. 18, H. 9.

Die Bildung von Harnblasenfisteln im allgemeinen und Dauerfisteln im besonderen, von F. Fonseca-Merida (Venezuela). S. 465. Verf. gibt eine umfassende Übersicht der bisherigen Entwicklung, Indikation und der Technik der künstlichen Blasenfisteln und resumiert dahin, daß nach Auffassung der Mehrzahl der Autoren die suprapubische Blasenfistel die Methode der Wahl zur zeitweiligen oder dauernden Ableitung des Urins darstellt. (Zahlreiche Abbildungen und großes Literaturverzeichnis.)

„Purpura der oberen Harnwege" in H. 4, Bd. 18 der Zeitschrift. Bemerkungen zu Praetorius' Artikel, von V. Blum-Wien. S. 491. B. nimmt das Recht der Priorität für sich als deutscher Autor in obiger Frage in Anspruch. Praetorius hat in seiner dieses Thema behandelnden Arbeit den Namen Blums nicht erwähnt.

Erwiderung auf vorstehende Bemerkungen Blums, von G. Praetorius-Hannover. S. 492. Dem Verf. war die von Blum zitierte Arbeit unbekannt. Es kam ihm aber vor allem auf die praktisch äußerst wichtigen und vielen Umstände verhängnisvoller diagnostischer Schwierigkeiten an, die eine Purpura verursachen kann, wenn sie unter dem dominierenden Initialsymptom stürmisch einseitiger Ureterkoliken einsetzt.

Über Disposition zu Gicht mit teilweiser Berücksichtigung der Nieren, von Armbruster-Gernsheim a. Rh. S. 498. Die Plasmakolloide sind von größter Bedeutung für die Erklärung der hereditären Gichtdisposition, sowohl der direkten als der indirekten; letztere bei Arteriosklerose und Fettsucht, die für Gicht disponieren infolge einer verminderten Harnsäureausscheidung bei der renalen Flächeninfiltration. Eine hereditäre Disposition zu Gicht kann Arteriosklerose, Fettleibigkeit und Zuckerharnruhr erzeugen durch eine Vermehrung der Harnsäurebildung. Überreichliche Nahrung führt zur Fettleibigkeit, die auch in der Umgebung der Niere auftritt, so daß durch Störung in der Wärmestrahlung eine mangelhafte Ausscheidung der Harnsäure eintritt. Abusus von Kaffee, Tee, Tabak und Alkohol führt zur Arteriosklerose und dadurch zur Gicht. Männer werden mehr als Frauen von der Gicht befallen. Die erhöhte Disposition zu Gicht bei Bierbrauern kann erworben sein durch den Aufenthalt in feuchten Räumen und die verschiedenen Temperaturen, denen der Bierbrauer bei seiner Tätigkeit ausgesetzt ist. Vielfach ist der erste Sitz die große Zehe, was in dem Berufe seine Erklärung findet. Infolge der entsprechenden Durchspülung der Nieren sind Nierenleiden bei Bierbrauern weniger anzutreffen. W. Chrzelitzer-Waldenburg.

Digitized by Google

Bücherbesprechungen.

Die Klinik der bösartigen Geschwülste, von P. Zweifel und E. Payr. (Verlag: S. Hirzel, Leipzig 1924.) Das groß angelegte Werk will in 3 Bänden die praktische Seite der Krebs-Sarkomfrage durch klinische Fachleute zur Darstellung bringen. Es soll dem praktischen Arzt ein umfassendes Bild von der Pathogenese, der Symptomatologie, dem Verlauf, vor allem aber von den diagnostischen und therapeutischen Möglichkeiten auf diesem Gebiet geben, ungetrübt von den vielen Einzelheiten und Finessen, die den Facharzt bei den Geschwülsten seines Sondergebietes interessieren. Letzterer wiederum soll weniger aus den sein eigenes Arbeitsgebiet behandelnden als aus den übrigen, insbesondere den Nachbargebieten gewidmeten Kapiteln schöpfen. Insbesondere will das Werk Propaganda machen für die noch immer nicht genügend verbreitete Überzeugung von der Heilbarkeit der bösartigen Geschwülste sowie von der Notwendigkeit einer Frühdiagnose und einer möglichst radikalen Frühbehandlung. Der zunächst vorliegende erste Band des Werkes, der, abgesehen von der allgemeinen Pathologie der bösartigen Geschwülste (Borst), die malignen Tumoren der Sinnesorgane, des Schädels und Gehirns, der Mundhöhle und des Halses behandelt, läßt erkennen, daß die geschilderte Absicht voll erreicht wird, und zwar zum erstenmal in dieser Form, da ein hiermit zu vergleichendes Werk nicht vorhanden ist. Entsprechend dem vorwiegend praktischen Ziel des Handbuchs hat die experimentelle Biologie der Geschwülste keine ausführliche Behandlung erfahren, doch sind ihre wichtigsten Ergebnisse in dem vorzüglichen Eingangskapitel von Borst mitgeteilt. Dagegen ist dem Ganzen eine breite pathologisch-anatomische Grundlage gegeben worden, nicht nur durch den oben erwähnten Borstschen Beitrag, sondern auch auf speziellem Gebiet in jedem Einzelkapitel. Großes Gewicht ist da, wo unsere Kenntnisse dazu ausreichen, auf die „präkanzerösen Zustände" gelegt worden; dies trifft in erster Linie auf das Kapitel der Hautgeschwülste zu. Ein Blick auf das Mitarbeiterverzeichnis zeigt, daß es gelungen ist, für jedes Einzelkapitel kompetente und klinisch hocherfahrene Mitarbeiter zu gewinnen. Dabei scheint es Ref., daß der solchen Sammelwerken nun einmal ihrer Natur nach anhaftende Mangel der Uneinheitlichkeit auf das unvermeidbare Maß beschränkt ist. Gewisse Unstimmigkeiten werden sich in solchen Werken immer finden. Ich möchte erwähnen, daß wir in dem Abschnitt über Hautgeschwülste die Angabe finden, die Unnasche Auffassung der Nävuszelle als einer ins Korium abgetropften Epithelzelle sei Allgemeingut fast aller Dermatologen und Pathologen, während die Ausführungen Borsts über diese Frage zeigen, daß er zu den nicht „fast allen" gehört. Vielleicht läßt sich in späteren Auflagen hier Abhilfe schaffen. Das Kapitel der bösartigen Geschwülste der Haut ist von Delbanco und G. W. Unna übernommen worden. Diese Autoren haben die pathologisch-anatomische Seite des Gebiets nicht nur zur Grundlage, sondern geradezu zum Kernstück ihrer Ausführungen gemacht, wobei sie vor allem auf den Arbeiten P. G. Unnas einerseits, Krompechers andererseits fußen und die Anschauungen und Systeme dieser beiden Forscher miteinander zu vereinen suchen. So bringen sie dem pathologisch-anatomisch interessierten Leser eine Fülle interessanten Materials und regen überall zum Nachdenken an. Ob nicht für den Nichtfachmann — im Hinblick auf die oben skizzierte Absicht des Werks — dies Kapitel eine reichlich schwere Lektüre bildet, müßte sich erst zeigen. Dafür wird er in den zwar knappen aber großer persönlicher Erfahrung entsprossenen therapeutischen Ratschlägen, die besonders auch die chemischen Behandlungsmethoden berücksichtigen, Ersatz finden. Einige kurze — allzukurze — Seiten über das Xeroderma pigmentosum von Rille bilden den Anhang dieses Kapitels. Von den übrigen Abschnitten sei derjenige über die bösartigen Geschwülste des Auges von Sattler hervorgehoben, in dem u. a. das ja ein Grenzgebiet zur Dermatologie darstellende Lidkarzinom eine vortreffliche Bearbeitung gefunden hat. Fr. Wohlwill-Hamburg.

Atlas und Grundriß der Hautkrankheiten, von Mraček, Jesionek und Mulzer, herausgegeben von Paul Mulzer. (5. Aufl., J. F. Lehmanns Verlag, München 1924. Lehmanns Med. Atlanten, Bd. 15.) Mraceks Atlas und Grundriß der Hautkrankheiten, zuletzt von Jesionek herausgegeben, erscheint in neuer Auflage, von Paul Mulzer bearbeitet. Der Text ist in den Grundzügen unverändert geblieben, Mulzer hat es jedoch verstanden, die wichtigsten Neuerungen in klinischer und therapeutischer Beziehung einzufügen, so daß der Leser sich rasch und gut über die verschiedensten Krankheitsbilder an Hand des Textes orientieren kann. Die schwarzen Abbildungen, die die gleichen

Digitized by Google

wie in der letzten Auflage des Atlas sind, sind wie auch früher gut gelungen und geben die Krankheitsbilder schön wieder. Mulzer hat eine größere Anzahl der in der früheren Auflage enthaltenen farbigen Abbildungen durch neue, die teilweise nach Originalmoulagen der Bonner Hautklinik hergestellt wurden, ersetzt. Diese Bilder sind tadellos gelungen, so daß der Leser viel aus ihnen ersehen und lernen kann. Einige Abbildungen über parasitäre Hautkrankheiten sind dem bestbekannten Steinschen Atlas „Die Fadenpilzerkrankungen des Menschen" entnommen. Es sind naturgetreue, hervorragende Bilder. Einige Abbildungen, die aus der früheren Auflage übernommen wurden (Erythema exsudat. multiforme, Furunkulose) hätten durch neue ersetzt werden können, ebenfalls ist es wünschenswert, typischere farbige Abbildungen vom Eczema seborrhoicum zu geben. Im ganzen ist zu sagen, daß, bei Wahrung des alten Rahmens des Atlanten, Mulzer es verstanden hat, den Atlas so zu verbessern, daß er den Vergleich mit anderen Hautatlanten wohl aushalten kann. Der Atlas, der in schöner Ausstattung mit 109 farbigen und 85 schwarzen Abbildungen erscheint — Papier und Druck sind sehr gut — ist Studierenden und Ärzten nur zu empfehlen. A. Holländer-Hamburg.

Die wissenschaftlichen Grundlagen der Hautpflege, von Jesionek. (Repertorienverlag, Leipzig 1924) In der vorliegenden kleinen Skizze bringt Verf. in geistvoller und anregender Form seine Gedanken über die Grundlagen einer Hautpflege. Er bespricht ganz allgemein die physiologischen und physiologisch-pathologischen Vorgänge in den Zellen der verschiedenen Hautschichten, unter denen ihm als die wichtigste die epidermidale Basalzellenschicht erscheint, die nach ihm „das Wesen und die Eigenart des Hautorgans" ausmacht. Er würdigt näher die germinative, keratoplastische und pigmenterzeugende Fahigkeit der Basalzellen einer Besprechung, wobei er sich besonders mit der Lichtwirkung beschäftigt. Interessant ist unter anderem seine Auffassung der zweifachen Lichtabsorption, einer, die Pigment erzeugt, und einer, die wiederum die Zelle depigmentiert. Aufbauend auf die physiologischen Darlegungen entwickelt er seine Ansicht über die Hautpflege, zu der vier Umstände notwendig seien: Licht, Luft, Wasser und Seife. Diese kurze, nur 20 Seiten umfassende Broschüre kann zu einer Lektüre jedem Praktiker und Laien aufs wärmste empfohlen werden, denn sie wird ihm nicht nur eine anregende Stunde bereiten, sondern ein jeder wird aus ihrem Inhalt neue Gedanken schöpfen. E. Langer-Berlin.

Die Röntgenbehandlung der Hautkrankheiten, von E. Habermann und H. Th. Schreus. Lfg. 6 vom Handbuch der Röntgentherapie. (Verlag: W. Klinkhardt, Leipzig 1924.) Im allgemeinen Teil wurde, ausgehend von den biologischen Grundlagen der Röntgenstrahlenwirkung, insbesondere die Schädigungen und Reaktionen an der Haut in ihren verschiedenen Stadien und Erscheinungsformen vom klinischen und histologischen Standpunkt aus erörtert, zumal unter Berücksichtigung eigener auch histologischer Untersuchungen der sogenannten Spätindurationen nach Filterbestrahlung. Es folgt dann nach einer übersichtlichen Darstellung des dermatologischen Röntgeninstrumentariums in allen seinen Einzelheiten eine eingehende Schilderung der gebräuchlichen Technik, Dosierung usw. unter besonderer Würdigung aller Erfordernisse der Praxis. Im speziellen Teil findet sich zum ersten Male der Versuch der konsequenten Durchführung einer systematischen Anordnung der durch Röntgenstrahlen beeinflußbaren Dermatosen nach Tiefenlage bzw. Ausdehnung. So ergibt sich eine ganz bestimmte Auswahl der Strahlenhärte und Dosis unter Berücksichtigung der Radiosensibilität und der Flächenausdehnung der pathologischen Gebilde, wobei eine wichtige Rolle vor allem aber auch dem Prinzip des Tiefenschutzes zukommt, d. i. der möglichst weitgehenden Umgehung überflüssiger Reaktionen an tiefliegenden Gewebsschichten und Organen, wie sie durch Filterbestrahlungen unvermeidlich bedingt werden. Aus diesem System folgt eine Einteilung nach Krankheitsgruppen in verschiedene Abschnitte, je nach filterloser, schwacher oder stärkerer Filterung. Die Bedeutung dieses Bestrahlungssystemes beruht aber nicht nur in seinem theoretischen Aufbau, sondern in seiner durch langjährige klinische Erfahrungen gesicherten Fundierung. Aus den angeführten Gesichtspunkten ergibt sich auch die Einstellung der Autoren zur Schwerfiltertherapie in der Dermatologie, die im letzten Abschnitt behandelt und mit Recht nur auf eine ganz geringe Anzahl von Hautkrankheiten beschränkt wird. Auch grundsätzlich neue Methoden, wie die indirekte Behandlung der Psoriasis und Ichthyosis durch Thymusbestrahlung u. ä., werden eingehend erörtert und kritisch gewürdigt, ebenso wie überhaupt bei allen Krankheiten die unterstützenden allgemeinen und lokalen Medikationen nach den Grundsätzen der Bonner Klinik mit angeführt werden. Die Ausstattung ist ausgezeichnet, insbesondere ist die Wiedergabe der zahlreichen, größtenteils farbigen Abbildungen gut gelungen, so daß

Digitized by Google

dieses Buch jedem Dermatologen, der ja heute auch die Röntgentherapie beherrschen muß, auf das wärmste empfohlen werden kann. E. Meirowsky-Köln.

Die heterogenetischen Hammelblutkörper und ihre Antigene, von H. Schmidt-Marburg. Moderne Biologie, H. 6. (Verlag: C. Kabitzsch, Leipzig 1924.) In der Vortragsreihe über moderne Biologie, die von Much bei Kabitzsch herausgegeben wird, ist als 6. Heft durch H. Schmidt eine Übersicht über die Kenntnis der heterogenetischen Antigen-Antikörperreaktion gegeben worden. Damit ist Much, wie er selbst im Vorwort betont, von seinem ursprünglichen Plan, allgemein interessierende biologische Fragen skizzieren zu lassen, abgewichen und hat auf diese Weise eine bisher wohl nur den Serologen interessierende Frage anschneiden lassen. Es handelt sich um das erstmals von Forssmann beschriebene Phänomen, nach dem die Organe des Meerschweinchens und eine Reihe weiterer Tierarten Rezeptoren enthalten, die mit den Partialrezeptoren des Hammelbluts identisch sind. Durch diese Beziehungen entstehen bei der Immunisierung mit Organen vom Meerschweinchentypus für Hammelblut hämolytische Immunsera, wie auch andererseits Hammelblutimmunsera auf Meerschweinchenorgane einwirken können. Schmidt hat es nun unternommen, diese äußerst komplizierten Verhältnisse, die von allgemein immunbiologischer Wichtigkeit erscheinen, auch dem Nicht-Serologen in leicht verständlicher Form näher zu bringen, wobei der historischen Entwicklung unserer noch nicht abgeschlossenen Kenntnisse über dieses interessante Phänomen in jeder Weise Rechnung getragen worden ist. F. Georgi-Breslau.

Der Ausfall des Kopfhaars und seine Behandlung, von F. Pinkus. (Sammlung zwangloser Abhandlungen aus dem Gebiete der Dermatologie und Syphilidologie, herausgegeben von J. Jadassohn und F. Pinkus. Verlag C. Marhold, Halle a. S. 1924. Preis 2 GM.) Die vorliegende, 65 Seiten starke Broschüre macht mit allem bekannt, was derjenige, der wirklich Haarkrankheiten kausal behandeln will, zum mindesten wissen muß. Die Entwicklung der fötalen Lanugo, die pathologischen Zustände der fötalen Kopfbehaarung werden ebenso gut geschildert wie die krankhaften Veränderungen des bleibenden Kopfhaares. Das Aussehen kranker Kopfhaare und Einzelheiten über das Haarwachstum, die auf Grund langjähriger Beobachtungen des auf diesem Gebiet besonders erfahrenen Autors mitgeteilt werden, werden ebenfalls eingehend beschrieben. Die spezielle Therapie scheint hauptsächlich des Verf. eigenste Erfahrungen bekannt zu geben. Gerade weil die Broschüre in vielem Pinkus' eigenste Beobachtung hervorhebt, liest sie sich so gut und ist so leicht verständlich. Sie kann praktischen Ärzten und Dermatologen in gleicher Weise warm empfohlen werden. A. Holländer-Hamburg.

Mitteilungen aus der Literatur.

Pharmakologie und allgemeine Therapie der Hautkrankheiten.

Protargol (Bayer), Kollargol (Heyden) und deren Ersatzprodukte, von F. Utz-München. (D. m. W., 1924, Nr. 36, S. 1213. Durch Ultrafiltration wurde festgestellt, daß der Zerteilungsgrad von Suspensionen von Protargol und Kollargol feiner ist als der von Suspensionen der Ersatzprodukte. Daraus resultiert, daß die Originalpräparate eine stärkere Heil- und Tiefenwirkung besitzen müssen, obwohl sie mit den Ersatzpräparaten chemisch identisch sind. F. Harry-Wiesbaden.

Die Organotherapie bei Hautkrankheiten (L'opothérapie dans les affections cutanées), von A. Lévy-Franckel u. Juster. (J. de méd. de Paris, 1924, Nr. 30, S. 629 bis 634.) Die Einwirkung auf das endokrinsympathische System kann erfolgen durch die Organotherapie im eigentlichen Sinne (Verwendung der Organsäfte mit ihrer exzitierenden Wirkung) oder durch Beeinflussung der Drüsen (galvanisch, Röntgenbestrahlung), wodurch eine Minderung oder Aufhebung ihrer Wirksamkeit hervorgerufen werden kann. Die Wirkung der Organotherapie, auch mit Berücksichtigung der zugrunde liegenden Störungen, wird des näheren bei verschiedenen Hautkrankheiten (Sklerodermie, Alopecia areata, Pigmentstörungen, Nagelaffektionen, Ichthyosis, Keratosis, Akrozyanose, Psoriasis, Ekzem, Akne, Seborrhoe, Purpura, Urtikaria, Dermatitis herpetiformis, Prurigo, Pruritus) auseinander gesetzt. Unzweifelhaft gute Erfolge werden bei Sklerodermie, Akrozyanose, Alopecia areata erzielt; der Einfluß der Drüsenbestrahlung auf Psoriasis ist unbestreitbar. E. Levin-Berlin.

Digitized by Google

Experimentaluntersuchungen über die periarterielle Sympathektomie (Lerichesche Operation) [Recherches expérimentales sur la sympathectomie périartérielle (opération de Leriche)], von V. Papilian und H. Cruceanu-Cluj (Rumänien). (Pr. méd., 1924, Nr. 56, S. 588.) Die von Claude Bernard zuerst klassisch beschriebenen Wirkungen der Ausschaltung des Sympathikus hat Leriche zu einer Operationsmethode ausgebaut und mit gutem Erfolge die periarterielle Sympathektomie zur Heilung von chronischen Geschwüren verwendet. Verff. haben dieses bei Tieren als schwer durchzuführen geltende Lerichesche Verfahren bei Kaninchen (8) ausgeführt und die periarterielle Sympathektomie mit typischen Resultaten am Ohre geübt. Nur die Wirkung auf die Pupille blieb (begreiflicherweise) aus. Bei 10 Experimenten an Hunden haben sie ferner Beobachtungen angestellt, wie nach Resektion der Nn. ischiadicus und cruralis bzw. der zum Hals und den Ohren verlaufenden Zervikalnerven experimentell erzeugte Läsionen der Oberhaut sich unter dem Einfluß der Lericheschen Operation verhielten. Durchweg ergaben die 10 sympathektomierten Hunde eine schnelle Heilung der Wunden in 6 bis 14 Tagen, während die Kontrolltiere (ohne Sympathektomie) meist bei Abschluß der Beobachtung (einem Zeitraum von 5—10 Wochen) noch ungeheilt waren, und nur 2 Tiere (in 53 bzw. 31 Tagen) zur Genesung gelangten. Die Hauptwirkung der Sympathektomie äußert sich als starke Hyperämisierung des betreffenden Gebietes. An den Hunden trat gelegentlich Bersten der Arterien infolge der Blutüberfüllung ein.

A. Philippi-Bad Salzschlirf.

Über die theoretischen Grundlagen der Proteinkörpertherapie, von W. Weichardt-Erlangen. (W. kl. W., 1924, Nr. 29, S. 709, Nr. 30, S. 732.) Zusammenfassende Darstellung der wichtigsten Untersuchungen, die uns als Grundlagen zum theoretischen Verständnis der Proteinkörpertherapie dienen können. Verf. kommt zum Schluß, daß es nicht angängig sei, bei den mannigfachen Symptomen, die wir bei der Proteinkörpertherapie sehen, ein einzelnes, besonders in die Augen fallendes Symptom in den Vordergrund zu stellen. Dies führt notwendig zu einseitiger Auffassung. Andererseits schafft die sehr verallgemeinernde Bezeichnung Reizkörpertherapie nur Verwirrung und veranlaßt manche Autoren, Proteinkörperinjektionen Einspritzungen von Chemikalien (Terpentin) gleichzusetzen. Dem Praktiker kann nicht dies oder jenes Präparat als bestes empfohlen werden, sondern genaue Kontrolle der eingetretenen Reaktion bestimmt das weitere Vorgehen. Wegleitend für das Handeln muß die Fragestellung sein: Wie erziele ich ohne Schädigung eine Aktivierung des Organismus, eine Reaktionsänderung der Zellen und damit eine großmöglichste Leistungssteigerung?

R. Ley, Kreuznach.

Einige Betrachtungen über das Wesen der Reaktionen bei der spezifischen Bakteriotherapie und bei der nichtspezifischen Bakterio- und Reiztherapie (Quelques réflexions sur la nature des réactions dans la bactériothérapie spécifique et la bacterio- ou protéinothérapie non spécifiques), von J. Danysz. (Pr. méd., 1924, Nr. 58, S. 609.) Die Grundlage für seine Überlegungen entnimmt Verf. der Beobachtung von 5 merkwürdigen Fällen (Bronchialasthma, essentielles Asthma, Heufieber), bei denen die Verabreichung einer aus der Darmflora, B. coli, Enterokokkus und einigen Stämmen von Staphylo- und Diplokokken hergestellten Vakzine, per os oder als subkutane Injektion gegeben, bei den sonst gegen alle Therapie refraktären Anfällen erstaunlich günstige Resultate erzielte. Nach diesen Erfahrungen, die teils der eigenen Praxis, teils derjenigen anderer Kollegen entstammten, ist er vor 2—3 Jahren dazu übergegangen, bei verschiedenen Dermatosen (Ekzem, Urtikaria) ebenso wie beim Asthma eine polyvalente, aus der Dickdarmflora hergestellte Stammvakzine zu verwenden und hat damit ausgezeichnete Resultate erzielt. Diese Stammvakzine wird zunächst in der Stärke von 0.1 mg der Kultur auf 1 ccm Lösung hergestellt und durch Erhitzung auf 60°—65° C bzw. auf 100° sterilisiert; zur therapeutischen Verwendung wird dieselbe aber stark verdünnt, und zwar um das 1000—10000fache, um möglichst allen Chok zu vermeiden. Die Verabreichung per os ergab ebenfalls gute Resultate. Als Schlußthesen betont Verf., daß in symptomatischer Hinsicht die Anaphylaxie beim Menschen das Resultat vieler verschiedener Faktoren, wie hereditäre Veranlagung, diverse vorhergegangene Infektionen und auch therapeutische Eingriffe, darstellt, ein Resultat, das man experimentell beim Tier niemals in solcher Form hervorbringen kann. In pathologischer Hinsicht ist diese Anaphylaxie durch Störung des endokrinen Gleichgewichts charakterisiert, wobei die auslösenden Momente weniger Bedeutung haben als die individuelle Disposition. Funktionelle Störungen am Dickdarm liegen oft der krankhaften Anlage zugrunde. Zur erfolgreichen Behandlung ist der Chok nicht nötig, ist vielmehr möglichst zu vermeiden. Bei der sog. spezifischen Bakteriotherapie sind die pathologischen und therapeutischen Re-

Digitized by Google

aktionen nicht auf Grund der infizierenden Mikroben spezifisch, sondern es handelt sich dabei um Reaktionen der Anaphylaxie und der Antianaphylaxie, welche beim Menschen nicht einen spezifischen Charakter besitzen. A. Philippi-Bad Salzschlirf.

Zur Frage des Leukozytensturzes nach intrakutaner Injektion, von H. Hahn, III. Med. Kl. Univ. Berlin. (D. m. W., 1924, Nr. 34, S. 1143.) Bei der Beurteilung der Ergebnisse experimenteller Versuche über den Einfluß äußerer Eingriffe auf die Verteilung der Leukozyten müssen folgende Bedingungen berücksichtigt werden: 1. Vor Beginn des Versuches dürfen die Resultate dreier Zählungen nicht wesentlich voneinander abweichen. 2. Das Blut muß aus ein und derselben Stelle entnommen werden. 3. Versuchspersonen mit Spontanschwankungen müssen als ungeeignet ausgeschaltet werden. 4. Positiv ist der Versuch nur dann, wenn der Senkung der Anfangszahl ein entsprechender Anstieg folgt. Unter Beobachtung dieser 4 Voraussetzungen konnte unter 47 Fällen nur 10mal ein Leukozytensturz nach intrakutaner Injektion festgestellt werden. Der Leukozytensturz tritt hauptsächlich bei überempfindlichen Personen ein. Die Leukopenie ist nach Ansicht des Verf. der Ausdruck eines anaphylaktischen Choks bei Allergischen. F. Harry-Wiesbaden.

Über Erfahrungen mit dem Terpentinölpräparat „Olobintin", von F. M. Meyer-Berlin. (M. Kl., 1924, Nr. 32, S. 1112—1113.) O. vermeidet die unangenehmen Nebenerscheinungen der ursprünglichen Terpentinbehandlung. Dosierung: zweimal wöchentlich von 1 ccm um je $^1/_2$ ccm bis auf ungefähr 3 ccm steigende intramuskuläre Einspritzungen; falls nach 5—6 Einspritzungen kein deutlicher Erfolg bemerkbar ist, haben weitere Einspritzungen kaum Aussicht auf Erfolg. Indikationen: tiefe Bartflechte, Furunkulose, Ulcus cruris, Komplikationen von Tripper des Weibes. E. Levin-Berlin.

Die Bedeutung der Haut und des vegetativen Nervensystems für Herdreaktionen, besonders bei der Bäder- und Reiztherapie, von R. Stahl, Med. Univ.-Kl. Rostock. (D. m. W., 1924, Nr. 35, S. 1186.) Warme Bäder rufen eine Verstärkung, kühle Bäder eine Verkleinerung der Quaddelbildung hervor. Diese Wirkung kommt auf dem Umwege über die Beeinflussung des Vagus bzw. Sympathikus durch die Bäder zustande. Demnach würden warme Bäder in ihrer Wirkung einer Tonisierung des Vagus, kalte einer Sympathikustonisierung entsprechen. Bäder besitzen außerdem noch eine Tiefenwirkung. Warme Bäder bewirken Verminderung der Viskosität und des Eiweißgehaltes des Serums. Kalte Bäder wirken entgegengesetzt. Herdreaktionen kommen durch das Zusammenwirken einer allgemeinen vegetativen Umstimmung (Vagustonus) und erhöhter örtlicher Ansprechbarkeit zustande. Die sog. Sonderfunktion der Haut in der Reizkörpertherapie besteht nur darin, daß sie eine geeignete Eintrittspforte und Umformungsstelle für Reize auf Vagus und Sympathikus darstellt.
F. Harry-Wiesbaden.

Die Behandlung von Dermatosen mittels Bakteriophagie (Le bactériophage dans le traitement des affections cutanées), von Gougerot und Ed. Peyre. (Soc. de biol., 12. Juli 1924, Presse méd., 1924, Nr. 58, S. 618.) Zur Behandlung von Sykosis und Furunkulose empfehlen Verff. die Verwendung von Bakteriophagen. Die subkutane Injektion bleibt wirkungslos; man muß direkt in jede Pustel injizieren und außerdem mit einem Wattetampon, der mit Bakteriophagenkultur getränkt ist, die ganze Oberfläche abreiben und dieselbe einige Minuten mit einer solchen Kompresse bedeckt lassen. Am Tage nach der Behandlung macht sich eine Steigerung der Symptome bemerkbar, die aber bald einer völligen Heilung weicht. — Über Art und Herstellungsweise des Bakteriophagen enthält der Artikel keine Angaben. A. Philippi-Bad Salzschlirf.

Die Kohlensäureschneebehandlung in der Dermatologie (La cryothérapie en dermatologie), von L.-M. Bonnet. (Lyon méd., 1924, Bd. 134, Nr. 30, S. 101—107, Nr. 31, S. 133—170.) Die Wirkung beruht zunächst in einer Nekrose der zellulären Elemente, dann in einer Ischämie und besonders Thrombose. Durch wiederholte Anwendung läßt sich eine größere Tiefenwirkung erzielen. Abtötung von Mikroben findet nicht statt. Die Anwendung geschieht entweder mittels verschieden geformter Kohlensäureschneestifte oder mittels Metalltuben, in denen der Kohlensäureschnee enthalten ist und denen er seine Temperatur mitteilt = Kryokauter. Um eine stärker abgekühlte Temperatur der Tube zu erhalten, ist es vorteilhafter, sie nicht mit reinem Schnee zu füllen, sondern ihn mit Alkohol, Azeton, Äther zu mischen. Es gibt verschiedene Apparate von Bordas, Béclère, Lortat-Jacob, Vignat, Guillard, von denen ein neuer des ersten Autors gestattet, die Temperatur beliebig zu variieren. Für die Mehrzahl der Fälle ist der Kryokauter vorzuziehen, besonders weil er dauerhafter, sauberer ist und den angewendeten Druck messen läßt; der Kohlensäurestift ist vorteilhafter bei Affektionen

Digitized by Google

mit unregelmäßiger Oberfläche, bei leicht verletzlichen und stark nässenden Läsionen, sowie um über größere Flächen leicht herüberzustreichen. Die Dauer der Applikation und der dabei ausgeübte Druck wechselt nach der Art der zu behandelnden Krankheit. Die Wirkung ist stets eine oberflächliche, die Methode kommt daher nur bei wenig dicken und tiefen Läsionen in Betracht. Ein großer Vorteil ist die Bildung schöner Narben; ferner kann man in einer Sitzung große Flächen behandeln, die Behandlung kann ambulant stattfinden, sie geht schnell und ohne Schmerzen vor sich, Blutungen sind nicht zu befürchten. Spezielle Angaben über Indikation der Behandlung und individuelle Ausführung bei Lupus erythematodes, Lupus vulgaris, Epitheliomen, senilen Keratosen, Nävi, Angioma tuberosum, Naevus flammeus, Pigmentnävi, Warzen, Keloide, Aknekeloid, Entfernung von Tätowierungen, papillomatöser Radiodermatitis, Rosazea.

E. Levin-Berlin.

Gefahren des stearinsauren Zinkstreupuders (Dangers of Zinc Stearate Dusting Powders), von A. Isaac. (J. Am. m. Assoc., 1924, Bd. 83, Nr. 2, S. 120.) Resolution der American Medical Association an das Haus der Delegierten über die Gefahren des stearinsauren Zinkpuders. In den Jahren 1919—1924 wurden nicht weniger als 46 Fälle von schweren Erkrankungen, darunter 5 Todesfälle, durch Inhalation des Puders beobachtet. Vorschläge zur Verhütung weiterer Unglücksfälle: Automatischer Verschluß der Büchsen und deutlicher Hinweis auf die Gefahren der Einatmung auf der Aufschrift.

R. Ley-Kreuznach.

Einige Indikationen für die Behandlung mit den arsenhaltigen und radioaktiven Thermalwässern von La Bourboule bei Hautkrankheiten (Quelques indications de la cure thermale, arsenicale et radioactive de La Bourboule dans les dermatoses), von R. Pierret. (J. de Méd. de Paris, 1924, Nr. 30, S. 635.) Die Einwirkung geschieht durch innerliche Darreichung sowie äußere Anwendung (Bäder, allgemeine und lokale, filiforme Douchen). Behandelt werden zahlreiche Dermatosen sowie L. congenita kleiner Kinder. E. Levin-Berlin.

Die für Hautkrankheiten geeigneten französischen Mineralwässer (Quelles sont les stations minérales françaises qui s'appliquent à la dermatologie), von A. Lévy-Franckel. (J. de Méd. de Paris, 1924, Nr. 30, S. 636—637.) E. Levin-Berlin.

Mineralwasserkuren bei Hautkrankheiten (Les cures hydro-minérales dans les dermatoses), von L. Bory. (Progr. méd., 1924, Nr. 31, S. 474—476.) Die verschiedenen Mineralwässer werden nach ihrer örtlichen und allgemeinen Wirkung betrachtet und einige für die Behandlung der Hautkrankheiten besonders geeignete Wässer bezeichnet.

E. Levin-Berlin.

Über die Technik intravenöser Injektionen von undurchsichtigen Lösungen, von E. v. Thurzo, Kl. f. Psychiatrie Debreczen. (W. kl. W., 1924, Nr. 25, S. 624.) Verf. schildert zunächst die Versuche, die bisher gemacht wurden, um sich vor der Injektion von undurchsichtigen Lösungen zu überzeugen, daß die Kanüle richtig im Venenlumen liegt. Sie gaben entweder doch keine Sicherheit oder erhöhten den „toten Raum", und sind unhandlich oder umständlich. Es werden 2 Ansätze angegeben, ein Glasrohr als Schaltstück zwischen Kanüle und Spritze, welches der Verf. wohl nicht mit der einzuspritzenden Lösung füllt, sondern voll Luft läßt (man könnte dann bei Aspiration in dem kurzen Schaltstück das einströmende Blut sehen). Der zweite Ansatz ist aus Metall, mit einem Seitenast, der durch einen leicht beweglichen Hahn geschlossen ist. Bei richtigem Sitz der Kanüle wird ohne Aspiration Blut durch den geöffneten Seitenast abfließen, man schließt ihn durch Drehung des leicht beweglichen Hahnes und kann nun die Injektion sicher vornehmen. Der zweite Ansatz hat den Vorteil, daß er die Spritze nur um wenige Millimeter verlängert, leicht zu sterilisieren ist, und daß der tote Raum kaum größer ist als bei direkt auf die Spritze aufgesetzter Kanüle.

F. J. Baar-Bad Kreuznach.

Arznei- und gewerbliche Schädigungen. Dermatitis artificialis.

Luminal- und Pyramidonexanthem bei demselben Menschen, von W. Bothe, Allerheil. Hosp. Breslau. (Kl. W., 1924, Nr. 37, S. 1678.) Bei einem 11jähr. Mädchen, das wegen einer Epilepsie Luminal erhielt, trat nach längerem Genuß von Luminal ein ausgedehntes Allgemeinexanthem auf, das nach dem Abklingen bei erneuter Darreichung sich in derselben Form wiederholte, zum Teil auch nur als auf einzelne Hautpartien begrenztes Exanthem wie bei den fixen Arzneiexanthemen. Die Sensibilisierung war nicht nur von innen gegen von innen, sondern, wie Versuche zeigen, auch von

Digitized by Google

außen gegen von innen. Die Desensibilisierung erfolgte nur langsam, indem die Sensibilisierung sich allmählich verzögerte. Nach einer Weile erfolgte Darreichung von Pyramidon hatte ebenfalls das Auftreten eines ausgedehnten dem vorigen ähnlichen Exanthems zur Folge. Jedoch fand sich hier nur eine Sensibilisierung von innen gegen von innen. Von außen gegen von innen trat keine Sensibilisierung auf. Die Desensibilisierung ging rascher vor sich als bei dem Luminal. E. Langer-Berlin.

Die durch den chinesischen Lack erzeute Dermatitis (Dermatitis Produced by Chinese Lacquer), von C. Little-China. (Brit. m. J., 1924, Nr. 3312, S. 1112.) Der bei der Anfertigung der bekannten chinesischen Holzwaren verwendete Lack, der Saft von Rhus vernicifera, hat zweifellos toxische Eigenschaften, welche nur durch gründliches Austrocknen im Laufe von 8—14 Tagen vergehen. Gegenstände, welche ohne genügende Austrocknung exportiert werden, können, wie es scheint, lange Zeit die Fähigkeit, eine Dermatitis zu erzeugen, beibehalten. Die chinesischen Lackierer schützen sich gegen die Reizwirkung durch Abwischen mit Teeöl, dem ausgepreßten Saft der Samen von Thea sasanqua. Andererseits sind Umschläge mit Natrium hypophosphat. oder einer Sublimatlösung zu empfehlen. A. Philippi-Bad Salzschlirf.

Herpes zoster und Krysolgankur, von C. Schelenz, Lungenheilstätte, Trebschen. (Ztschr. f. Tbc., 1924, Bd. 40, H. 3, S. 188.) Im Verlauf einer wegen Tbc. pulmonum vorgenommenen Krysolgankur trat nach der 4. Injektion ein linksseitiger Herpes zoster auf, in dessen Bezirk sich gegen Ende der Kur ein kalter Abszeß entwickelte.
E. Schäfer-Göttingen.

Strahlentherapie und Strahlenschädigung.

Über die biologische Strahlenwirkung, von Fr. Dessauer, Univ.-Inst. f. physikal. Grundlagen der Medizin, Frankfurt a. M. (Fortschr. Röntgenstr., 1924, Bd. 32, H. 3/4, S. 319—328.) Wendet sich gegen die in verschiedenen Arbeiten gegen seine Hypothese über das Wesen der destruktiven biologischen Strahlenwirkung erhobenen Einwände.
E. Levin-Berlin.

Zur Frage der Beeinflussung der Vitalfärbung durch Röntgen- und Radiumstrahlen, von C. Holtermann, Univ.-Frauenkl. Tübingen. (Strahlenther., 1924, Bd. 47, H. 2, S. 362.) Die Vitalfärbung, geeignet zum Studium biologischer Strahlenwirkungen, wird durch Röntgen in größerem Maße beeinflußt als durch Radium. Ersteres zeigt überhaupt mehr Allgemeinwirkungen als letzteres, und darin liegt vielleicht letzten Endes die Verschiedenheit der biologischen Strahlenwirkung beider. Auf dieser Basis könnten die Tumoren gegenüber einer Bestrahlungstherapie eingeteilt werden in solche, 1. die vorwiegend auf Allgemeinwirkungen der Strahlen, 2. solche, die vorwiegend auf lokale Strahlenwirkungen, 3. die auf Kombination und endlich 4. solche, die überhaupt nicht auf Strahlen reagieren. Bei der Allgemeinwirkung der Röntgenstrahlen könnten die durch sie erzeugten Veränderungen in den korpuskulären Blutbestandteilen oder in dem Plasma eine Rolle spielen. Resorptionsfähige Bestandteile der bestrahlten Gebiete könnten auch als Ursache wirken. Das vegetative Nervensystem dürfte kaum in Betracht kommen, da die vitalfärbbaren Zellen unbeeinflußt von demselben sind.
E. Hornemann-Lüneburg.

Über den Einfluß strahlender Energie auf die Zirkulation (Untersuchungen an Straubschen Froschherzen), von Kawashima, Exper. biol. Abt. Path. Inst. Univ. Berlin. (Strahlenther., 1924, Bd. 17, H. 2, S. 381.) Zu den Versuchen wurde eine Kohlenbogenlampe, bei Ausschaltung der Wärmestrahlen, benutzt. Es erwies sich eine Schädigung des Herzens, die erhöht wurde durch Zusatz eines Sensibilisators (Eosin). Durch Thoriumemanation wurde keine Änderung erzielt. E. Hornemann-Lüneburg.

Beobachtungen über Röntgenstrahlenwirkung auf normale und Karzinommäuse, von F. Kok, Radiolog. Inst. Univ.-Frauenkl. Freiburg. (Strahlenther., 1924, Bd. 17, H. 2, S. 327.) Während normale Mäuse nach Applikation von 25 E bzw. 50 E, gemessen nach dem Friedrichschen Iontoquantimeter, im Durchschnitt nur 11.70 bzw. 5.50 Tage lebten, blieben Karzinommäuse 24,00 bzw. 11.09 Tage am Leben. Auch kurz vor oder nach der Bestrahlung geimpfte Tiere zeigten eine viel längere Lebensdauer; von den letzteren erwiesen sich am günstigsten die Mäuse, die in den drei ersten Tagen nach der Bestrahlung geimpft wurden. Es muß gefolgert werden, daß die durch die Bestrahlung entstehenden Giftstoffe durch die Karzinomzellen neutralisiert werden.
E. Hornemann-Lüneburg.

Digitized by Google

Über den Einfluß der Röntgenstrahlen auf das vegetative System, von J. Rother, II. Med. Univ.-Kl. der Charité Berlin. (D. m. W., 1924, Nr. 34, S. 1141.) Aus experimentellen Untersuchungen am Kaninchen ging hervor, daß die Haut bei der Einwirkung von Röntgenstrahlen auf den Blutdruck als Perzeptionsorgan für Strahlenreize eine große Rolle spielt. In der Haut setzt sich die strahlende Energie um und führt zu Änderungen vegetativer Funktionen. Wurden die Versuchstiere vor der Bestrahlung mit Atropin behandelt, so blieb die Wirkung auf den Blutdruck aus. Die Strahlen übten auch auf den Blutzuckergehalt deutliche Reizwirkung aus, und zwar im Sinne einer Vermehrung. Der Ort der Reizbildung ist sowohl die Oberbauchgegend als auch die Leber oder das Pankreas. Wurden vor der Bestrahlung die Nebennieren exstirpiert, so blieb die Hyperglykämie aus. Nach Exstirpation einer Nebenniere und isolierten Bestrahlung der anderen stellte sich eine langsam eintretende Blutzuckersenkung ein. Die Beobachtung führt Verf. auf Zellschädigung und nicht auf den Strahlenreiz zurück. F. Harry-Wiesbaden.

Bohnenversuche an Röntgenstrahlen: a) Die Abhängigkeit der Strahlendosis von der Intensität; b) Die Messung der prozentualen Tiefendosis, von Heinrich Martius, Univ.-Frauenkl. Bonn. (Fortschr. d. Röntgenstr., 1924, Bd. 32, H. 3/4, S. 361—365.) Es wird aus den Versuchen der Schluß gezogen, daß jede Intensitätserhöhung der zur Verfügung stehenden Strahlung zu begrüßen ist, da sie die Bestrahlungszeit verkürzt, die Bestrahlung weniger anstrengend macht und die biologische Wirkung der Röntgenstrahlen verstärkt. Als Grundlage für die Praxis wird die prozentuale Tiefenintensität besser durch physikalische als durch biologische Messungen bestimmt. E. Levin-Berlin.

Zu den Röntgenveränderungen nach Bestrahlung der Gland.-Submaxillaris, von H. v. Salis, Chir. Univ.-Kl. Basel. (Strahlenther., 1924, Bd. 17, H. 2, S. 395.) Zu mikroskopischen Untersuchungen wurden Submaxillaris, Lymphdrüsen und die Parotis von Menschen und Hunden nach Röntgenbestrahlungen exstirpiert. Am empfindlichsten waren von der Bestrahlung betroffen die Lymphdrüsen, dann die Submaxillaris und zuletzt die Parotis. Die Veränderungen an den Submaxillares bestanden in der Hauptsache in degenerativer Atrophie der spezifischen Gewebselemente. Die Regeneration der Submaxillaris setzt frühzeitig und in starkem Maße ein. Eine Bestrahlung der Submaxillaris kann bei Intaktbleiben der Sublingualis und der Parotis die Speichelsekretion der Mundhöhle nicht herabsetzen. Eine erfolgreiche Verminderung der Speichelsekretion ist nur durch doppelseitige Ligatur des Ductus stenonianus und Entfernung der submaxillaren Drüsen möglich. E. Hornemann-Lüneburg.

Zur Frage der Röntgenempfindlichkeit des Strahlenpilzes, von H. Kleesattel, Chir. Univ.-Kl. Tübingen. (Strahlenther., 1924, Bd. 17, H. 2, S. 390.) Röntgenbestrahlungen von 10 HED auf 4% Glyzerinagarkolonien von Aktinomyces bovis erwiesen sich ohne Beeinflussung; nur eine geringgradige Herabsetzung der Wachstumsintensität im Verlauf von 3—4 Tagen konnte beobachtet werden. Da die Röntgentherapie der menschlichen Aktinomykose eine so erfolgreiche ist, im Gegensatz zu den experimentellen Versuchen der Bestrahlung in vitro muß angenommen werden, daß in der Röntgentherapie der Aktinomykose andere Momente eine Rolle spielen; es ist möglich, daß die Reaktion des Gewebes eine Ursache der Heilung ist, oder daß eine Zerstörung der Begleitbakterien die Heilung erzielt. E. Hornemann-Lüneburg.

Strahlenbehandlung einiger Frauenkrankheiten (Pruritis vulvae, Osteomalazie, spitze Kondylome), von F. Gal, II. Univ.-Frauenkl. Budapest. (Strahlenther., 1924, Bd. 17, H. 2, S. 310.) Seit 1914 sind 48 Fälle von Pruritus vulvae bestrahlt worden. Ganz besonders gute Erfolge waren zu erzielen bei dem Pruritus, der mit Fluor, Ekzem, seniler Atrophie verbunden war, sowie bei der Kraurosis vulvae und dem essentiellen Pruritus, während bei Diabetes, Neurasthenie und Kastration die Erfolge ausblieben. Als beste Bestrahlungsmethode erwies sich harte Röntgentherapie bei 10 Wehneltröhren mit 2 Milliampere durch 3 mm Al. und 200 Fürstenau-Einheiten. In den meisten Fällen genügten 1—2 Bestrahlungen. Dieselbe Technik wurde angewandt bei 6 Fällen von Condylomata acuminata und es genügte meist eine Bestrahlung zur vollkommenen Heilung. E. Hornemann-Lüneburg.

Die Röntgenstrahlenbehandlung der akuten Eiterungsprozesse, von L. Freund. (W. kl. W., 1924, Nr. 24, S. 596.) Enthält nichts wesentlich Neues. F. M. Peter-Hamburg.

Röntgengeschwüre, von O. Reimer-Graz. (W. kl. W., 1924, Nr. 28, S. 696.) Es werden 8 Fälle mitgeteilt, die meist sehr schwer, in unglaublich kurzer Zeit mit

Digitized by Google

Pasta Plumbi Dr. Reimer, Pasta Bismuthi Dr. Reimer und Pasta Cupri Dr. Reimer zur Heilung kamen; leider wird ihre Zusammensetzung nicht angegeben. Den Zusatz von Kokain, Zykloform usw. verwirft Verf., da sie heilungswidrig wirken und empfiehlt dagegen kontrollierte Verwendung von Mo-Präparaten. Die chirurgische Behandlung speziell Transplantation wird abgelehnt und nur die Abtragung schwer degenerierten Gewebes mit nachfolgender Behandlung mit seinen Pasten gebilligt.

F. M. Peter-Hamburg.

Das gynäkologische Röntgenkarzinom, von E. Vogt, Univ.-Frauenkl. Tübingen. (Strahlenther., 1924, Bd, 17, H. 2, S. 231.) An der Hand der publizierten und der an der Frauenklinik in Tübingen bestrahlten Fälle untersucht der Verf. die Frage, ob es nach Röntgenbestrahlungen in direkter Folge dieser Bestrahlungen Karzinombildungen an den weiblichen Geschlechtsteilen, einschließlich der Haut, vorkommen. Den bisher einzigen veröffentlichten Fall (Bumm) von Hautkarzinom nach Oberflächenbestrahlung, lehnt der Verf. als reines Röntgenkarzinom ab, da die Bestrahlung auf eine entzündliche Haut (Pruritus vulvae) erfolgte und äußere Schädlichkeiten hinzutraten. Ein veröffentlichter Fall von Halberstädter, bei dem 10 Jahre nach Vielfelderbestrahlung in zahlreichen Sitzungen mit kleinsten Dosen, wie jetzt schon lange nicht mehr üblich, ein lokalisiertes Karzinom auftrat, rechnet der Verf. als nur bedingt zu den gynäkologischen Röntgenkarzinomen, da durch mechanischen Druck einer Korsettstange ein sekundärer Reiz verursacht wurde. Nach Durchsicht und Kritik der nach Röntgenbestrahlungen entstandenen Uterus- und Ovarienkarzinome kommt der Verf. zum Resultat, daß einwandfreie Röntgenkarzinome, für deren Entstehung die Röntgenstrahlen direkt oder indirekt verantwortlich waren, noch nicht erwiesen sind. Der Verf. bleibt daher auf seinem Standpunkt bestehen, Myome und gutartige Blutungen des Uterus zu bestrahlen.

E. Hornemann-Lüneburg.

Röntgenstrahlenkachexie (Roentgen-Ray Cachexia), von Ch. L. Martin u. F. T. Rogers-Dallas, Texas. (Am. J. Röntgenol., 1924, Bd. 11, Nr. 3, S. 280.) Tierexperimentelle Untersuchungen sollen Aufschluß über das Wesen der Röntgenkachexie geben. Fünf Kaninchen wurden am ganzen Bauch mit verschieden starken Dosen bestrahlt. Die großen Dosen bewirkten schnellen Tod nach wenigen Tagen, die mittleren Dosen Kachexie mit tödlichem Verlauf nach 2—3 Wochen, noch kleinere Dosen blieben ohne Wirkung. Da in der Praxis im allgemeinen nur lokale Bestrahlungen üblich sind, wurden bei Hunden einzelne Partien freigelegter Dünndarmschlingen mit 75 ma-Minuten bestrahlt. Zwei Hunde starben an den Folgen der Operation, vier erholten sich und blieben 3 Wochen normal. Dann stellte sich bei den Tieren eine graduell verschiedene, progressive Kachexie ein, sie starben nach etwa 2 Monaten. Die Sektion ergab Darmulzerationen, in einem Fall hochgradige Darmstenose. Als Ursache der Kachexie wird eine Behinderung der Fettresorption angenommen. Mehrere Tiere wurden mit verschieden starken Dosen bestrahlt, dann mit Sahne gefüttert und nach 3 Stunden ergab eine Untersuchung des Mesenteriums, daß das mit kleiner Dosis bestrahlte Tier fettstrotzende Lymphgefäße aufwies, während von den Dünndarmschlingen der anderen Tiere sich keine abgehenden Lymphgefäße verfolgen ließen. Mikroskopisch ließ sich in den Epithelzellen der Schleimhaut kein Fett nachweisen, jedoch eine relative Vermehrung der Becherzellen.

L. Gumpert-Blaschko-Berlin.

Über Röntgenschädigungen (Consideration of Assumed Causes of Roentgen-Ray Intoxication and Injuries), von B. F. Schreiner u. K. W. Stenström-Buffalo, New York. (Am. J. Röntgenol., 1924, Bd. 11, Nr. 5, S. 451.) Der sog. „Röntgenkater" ist eine Allgemeinreaktion des Organismus. Nebenniere, Ovarium und Schilddrüse sind besonders empfindlich. Nervöse Veranlagung spielt eine gewisse Rolle. Leicht kommt es zu einer Leukopenie. Die Gefahr der Sterilisierung besteht bereits bei einem Drittel Erythemdosis auf die Ovarien. Bei Bestrahlung eines Uteruskarzinoms muß man mit dem Wiederaufflackern einer blennorrhoischen Salpingitis rechnen. Da infolge der gänzlich andersartigen Reaktion des tierischen Hautorgans experimentelle Vergleichsdaten keinen Wert haben, ist es unbedingt erforderlich, mit gut geeichten Karten und Apparaten zu arbeiten.

L. Gumpert-Blaschko-Berlin.

Über die praktische Bedeutung der sog. „Vorbestrahlung" als Fehlerquelle für die exakte Röntgenstrahlendosierung, von A. Simons, Strahlenther. Abt. Univ.-Inst. f. Krebsforschg. Charité, Berlin. (Strahlenther., 1924, Bd. 17, H. 2, S. 435.) Die von G. Gabriel in der Kl. W., 1923, Nr. 42 veröffentlichten Bedenken gegen die sog. „Vorbestrahlung" werden vom Verf. nach elektroskopischen Meßmethoden und in praktischen Versuchen nachgeprüft. Der Verf. lehnt die Bedenken ab, da durch die

Digitized by Google

„Vorbestrahlung" nur ganz geringe, praktisch wertlose Fehlerquellen entstehen. Eine nennenswerte Belastung der Haut durch weiche Strahlen in der Tiefentherapie findet nicht statt. E. Hornemann-Lüneburg.

Über direkte Messung der reinen Streustrahlen inner- und außerhalb der Strahlenpyramide, von V. Altmann, Inst. f. phys. Grundl., Frankfurt a. M. (Strahlenther., 1924, Bd. 17, H. 2, S. 341.) Die Primärstrahlung wurde durch 5 mm breite Spalten einer 5 mm dicken Bleiplatte, die einem Wasserphantom auflagen, hindurchgelassen. Die Messungen wurden abgelesen an drei photographischen Filmen, die in einem Tiefenabstand von 5 cm voneinander gelagert waren. Das Ergebnis der Messungen waren analoge wie diejenigen von Dessauer, Vierheller und Borell. Die Menge der Streustrahlen nahm zur Peripherie allmählich ab. Eine plötzliche Abnahme, aber bei noch verhältnismäßig großer Menge von Streustrahlen, konnte peripherwärts außerhalb der direkten Strahlenpyramide gefunden werden — ein wichtiger Faktor für die Praxis. E. Hornemann-Lüneburg.

Röntgen-Ganzbestrahlung des menschlichen Körpers unter Zugrundelegung des Begriffes einer Raumdosis, von v. Liebenstein, Radiol. Inst. Univ.-Frauenkl. Freiburg. (Strahlenther., 1924, Bd. 17, H. 2, S. 331.) Ausgehend von den Erfolgen von Ganzbestrahlungen bei Mäusekarzinomen, bei Abdeckung des Tumors, werden die theoretischen Grundlagen einer Ganzbestrahlung beim Menschen erörtert. E. Hornemann-Lüneburg.

Messung und Dosierung von Röntgenstrahlen mit einem einfachen und praktischen Ionimeter, von P. Hess, Strahlenabt. d. Krkh. Bethesda, Duisburg. (Fortschr. d. Röntgenstr., 1924, Bd. 32, H. 3/4, S. 345—351.) Das Ionimeter von Grebe-Martius ist ein zuverlässiges, für den praktischen Röntgenbetrieb ausreichendes Instrument. Die mit dem Ionimeter ermittelten Dosen lassen es geraten erscheinen, der Tiefendosierung nur die von Friedrich oder Martius gemessenen Kurven zugrunde zu legen. Durch entsprechende Abänderung der Meßanordnung gelingt es, die Erythemzeiten sämtlicher in der Oberflächen- und Tiefentherapie verwendeten Strahlungen am Ionimeter zu bestimmen. E. Levin-Berlin.

Radium- und Röntgenstrahlen als verschiedenartige Faktoren bei der Oberflächen- und Tiefentherapie (Radium and Roentgen Rays as Different Agents in Superficial and Deep Therapy), von A. Bachem-Chicago. (Am. J. Röntgenol., 1924, Bd. 11, Nr. 1, S. 13.) Kurzer Überblick über die physikalischen Grundlagen der verschiedenartigen Wirkung der einzelnen Bestrahlungsarten. Die Unterschiede in der biologischen Wirkungsweise von Strahlen verschiedener Wellenlänge beruht auf der Differenz der physikalisch-chemischen Wirkung, die biologisch verschiedene Wirkung von Strahlen mit gleicher Wellenlänge beruht auf der differenten Verteilung im Innern des Mediums, die der Grad der Adsorption oder der Entfernung bedingen kann. Für die Praxis ergibt sich, daß bei einheitlicher Bestrahlung großer Flächen unbedingt Röntgen vorzuziehen ist. Selbst unter den günstigsten Bedingungen können Radiumstrahlen keine so gleichmäßige Zerstreuung gewährleisten, wie Röntgenstrahlen unter gewöhnlichen Bedingungen. Häufig ist Kombination von Röntgen und Radium angezeigt. Eine exakte Messung der addierten Energien ist in solchen Fällen nötig. Die beste Methode ist die von Glasser. L. Gumpert-Blaschko-Berlin.

Tagesgeschichtliche Nachrichten.

Prof. Rille in Leipzig wurde zum Ehrenmitglied der Berliner Dermatologischen Gesellschaft gewählt. R.

Nachdruck (auch des Abschnittes „Tagesg. Nachr.") ist ohne Genehmigung des Verlegers nicht erlaubt.

Verantwortlich für die Redaktion: Für Originalabhandlungen und T. N.: Prof. Dr. J. H. Rille, Leipzig. Für den Referatenteil: Dr. M. Unna, Hamburg-Bergedorf.

Digitized by Google

Dermatologische Wochenschrift

Nr. 2 (Bd. 80) 10. Januar 1925

Aus dem Dermatologischen Stadtkrankenhaus II Hannover.

Über Beobachtungen, betreffend die Ätiologie der Acne vulgaris.

Von

Prof. Gustav Stümpke.

Die Beziehungen der Acne vulgaris zur Genitalsphäre sind seit langem bekannt. Am eindeutigsten zeigte sich das auch den älteren Ärzten bereits durch das Auftreten dieser Affektion beim Einsetzen der Pubertät. Weiter wurde beobachtet, daß Aknekranke öfters ein ausgesprochen geringes sexuelles Bedürfnis aufweisen, worauf in letzter Zeit u. a. Pick aufmerksam macht. Und endlich sind auch aus dem gleichzeitig vorhandenen Typ der Behaarung Schlüsse auf die endokrine Ätiologie dieser Hauterkrankung gezogen.

Was dieses Thema in den vergangenen Jahren ganz besonders aktuell machte, war aber die Tatsache, daß man auf Grund der diskutierten und zum Teil auch wohl vorhandenen Fäden zum endokrinen System und ganz besonders, wie man annahm, zum Genitalsystem Versuche machte, diesen Verhältnissen in der Therapie Rechnung zu tragen: es setzte die Periode ein, die die Tendenz verfolgte, die Acne vulgaris mit Extrakten endokriner Drüsen zu behandeln. Zwei Richtungen sind hier offenbar grundsätzlich zu unterscheiden: die eine, die in der Hauptsache mit Extrakten der Genitalorgane (Hoden, Eierstöcke) arbeitete und damit der Anschauung Rechnung trug, daß jene allein oder wenigstens in erster Linie für die Ätiologie der Acne vulgaris in Frage kamen, und jene andere, die Extrakte nicht genitaler Drüsen verwandte, so beispielsweise der Nebennieren, Schilddrüse, Hypophyse.

Über Erfolge mit dem erstgenannten Verfahren berichten in letzter Zeit hauptsächlich Pick (1), Lapinsky (2). Andere, ausländische Autoren, z. B. Cheinisse (3), behandeln mit Extrakten nicht genitaler Drüsen allein und halten Zugaben von Hoden und Ovarien für überflüssig.

Eine dritte Gruppe von Autoren endlich, von denen ich Swanson (4), Luithlen (5), Scholtz (6) nenne, halten kombinierte Organtherapie für empfehlenswert. Wenn man bedenkt, daß sich in der Frage der Bedeudeutung der endokrinen Drüsen für den Haushalt des Organismus in den letzten Jahren immer mehr die Auffassung durchsetzt, daß offenbar für irgend eine hypothetische oder faktische Leistung nicht immer nur eine solche „innere Drüse" verantwortlich gemacht werden kann, sondern daß vielfach auch ein Ineinandergreifen, eine Abhängigkeit der endokrinen

Digitized by Google

Organe von- und untereinander besteht, die man als pluriglanduläre Insuffizienz zu bezeichnen pflegt — wenn man diese Verhältnisse berücksichtigt, so wird einem a priori die kombinierte Behandlungsform durchaus diskutabel erscheinen.

Tatsächlich sind auf Grund der Angaben in der Literatur mit allen der drei genannten Methoden innerhalb gewisser Grenzen Erfolge erzielt. Allerdings stellen manche Autoren doch ganz bestimmte Indikationen auf. So war nach Pick (1) der Erfolg in den Fällen von Acne vulgaris besonders deutlich, die mit einer Rosazea kombiniert waren. Andere wieder, wie Chéinisse (3), unterscheiden verschiedene Typen der Akne, z. B. einen, der mit Hyperthyreoidismus einhergeht, einen zweiten, der mit Hypothyreoidismus kombiniert sein soll: im ersten Falle empfehlen sie Nebennieren, im anderen Schilddrüsenextrakt.

Man sieht, es ist auf diesem Gebiet noch manches ungeklärt; aber es läßt sich auf der anderen Seite nicht verkennen, daß auch das Gebiet der Acne vulgaris von der modernen endokrinologischen Forschung manche Förderung erfahren hat und zweifellos auch noch weiter erfahren wird, die den großen Vorzug haben dürfte, daß sie bereits gewisse praktische Resultate — in der Therapie — gezeitigt hatte. Im folgenden seien einige Fälle aus unserem Krankenhausmaterial angeführt, die manche der in den vorigen Ausführungen erwähnten Gesichtspunkte berühren und deren Erörterung auch aus dem Grunde angebracht erscheint, weil erst vor kurzem in dieser Zeitschrift zu einem ähnlichen Thema Stellung genommen wurde (Dóczy [7]).

1. Sch., Hedwig, 16 Jahre, Dienstmädchen.

Pat. steht seit 23. VIII. 1923 in meiner Behandlung. Sie litt damals bereits seit drei Jahren an einem Ausschlag im Gesicht und hatte gleichzeitig auch Entzündungen an den Augen; sie erhielt bereits vor der Beobachtung bei mir Salben gegen die Gesichtsaffektion, die aber keinen Erfolg hatten.

Bei der Übernahme in meine Behandlung war festzustellen, daß die im übrigen kräftige und gut genährte Pat. eine Schwellung und blasse Farbe der Gesichtshaut aufwies, die außerdem mit geradezu massenhaften, linsen- und bohnengroßen Akneknoten übersät war; von diesen waren manche harte, solide Tumoren, andere wiederum zeigten eine pustulöse Einschmelzung. Zwischen den einzelnen Akneinfiltraten sehr zahlreiche Komedonen, teils entzündet, teils nicht entzündet.

Das rechte untere Augenlid ist ödematös und stark gerötet, nicht druckschmerzhaft.

In der Folgezeit wurde Pat. nun von mir in der verschiedensten Weise behandelt. Die Methoden, die angewandt wurden, waren die bei einer so schweren Akne üblichen. Sie erhielt teils Schwefel-, teils Resorzinsalben, teils Umschläge mit Sublimat und anderen desinfizierenden Flüssigkeiten; außerdem wurde sie sehr häufig mit der Quarzlampe bestrahlt, einem Verfahren, das sich uns ja gerade in der Behandlung der Acne vulgaris sonst immer gut bewährt. Die Reaktionen waren auch bei der Pat. stets kräftig, aber unmittelbar nach Abklingen der Entzündung trat die Akne sofort wieder in Erscheinung.

Da nach siebenmonatiger Behandlung nicht der geringste Erfolg mit allen angewandten Mitteln erzielt worden war und gewisse Anzeichen auf Beziehungen der Akne zum Geschlechtsapparat hindeuteten — Pat. hatte noch nicht die Menses und litt außerdem an häufigen Kopfschmerzen und allerhand Sensationen —, fand eine Untersuchung durch einen hiesigen Frauenarzt statt, der einen ganz kleinen atrophischen Uterus feststellte und ferner konstatierte, daß die Ovarien nicht palpabel waren.

Unter diesen Umständen wurde der Beschluß gefaßt, die Pat. mit Organextrakten zu behandeln und sie gleichzeitig ins Krankenhaus aufzunehmen, um auch sonst bessere Unterlagen für die Beurteilung der nunmehr einzuleitenden Therapie zu bekommen.

Es zeigte sich nunmehr, daß der Ausschlag schon nach relativ kurzer Zeit, etwa 2—3 Wochen, eine ausgesprochene Rückbildung erkennen ließ und daß im weiteren

Digitized by Google

Verlauf von 4—5 Wochen eine fast völlige Rückbildung des sonst so überaus hartnäckigen Ausschlages zutage trat bei fehlender äußerer Therapie!

Ferner trat nach dreimonatigem Krankenhausaufenthalt auch die Periode bei der Pat. auf, die in mäßiger Stärke erfolgte und etwa fünf Tage anhielt.

Im ganzen nahm die Pat. vom 1. Mai bis 18. Juni die Ovarialtabletten der Firma Merck, von denen sie im Anfang dreimal täglich eine nahm und zum Schluß auf zwölf stieg. Dann wurde dieses Präparat abgesetzt, und die Kranke erhielt nunmehr Ovoglandol von den chemischen Werken Grenzach i. B. zunächst intramuskulär, später intravenös, im ganzen 20 Einspritzungen, die letzte davon am 4. VIII. Dann wurde die Therapie mit Organextrakten eine Zeitlang ausgesetzt.

Schon nach kurzer Zeit machten sich die ersten Erscheinungen von seiten der Akne wieder geltend. Die Periode trat allerdings am 16. VIII. noch einmal auf und war ungefähr von derselben Beschaffenheit und Intensivität wie das erste Mal. Alsdann wurde, weil die Akne sich von Tag zu Tag wieder verschlimmerte, eine erneute Substitutionstherapie eingeleitet, und zwar erhielt die Kranke jetzt Menogen, ein Präparat der Firma Laves, Hannover, dreimal täglich eine, später zwei Tabletten, und diese Behandlung soll noch jetzt bei der Pat. fortgesetzt werden.

Resümee: Es handelt sich also um eine Kranke, die an einer außerordentlich hartnäckigen Acne vulgaris leidet, die sich unter einer konsequent durchgeführten Organextraktbehandlung fast restlos zurückbildete. Fehlen der Menses und innerer Genitalbefund sprechen außerdem für Zusammenhang zwischen der vorliegenden Affektion und dem Genitalapparat bzw. dem endokrinen System überhaupt. Wichtig ist in dem vorliegenden Fall, daß nach Aufhören der Substitutionstherapie die Acne vulgaris sofort wieder einsetzte.

2. Schm., Hedwig, 29 Jahre, Kontrollmädchen, Hannover. Eingeliefert: 16. III. 1924 wegen Gonorrhoeverdacht. Entlassen: 10. IV. 1924 gonokokkenfrei.

Großes, schlank gebautes Mädchen, gut genährt. Bezüglich der inneren Organe ist folgendes hervorzuheben: Das Herz zeigt reine Töne; die Schlagfolge ist beschleunigt, aber regelmäßig. Die Grenzen sind o. B. Subjektiv besteht starkes Herzklopfen, leichte Erregbarkeit und Blutandrang zum Kopf.

Ferner besteht Lidflattern und kleinschlägiger Tremor der Finger.

Die Schilddrüse ist geschwollen, vor allem der rechte Lappen; die Konsistenz derselben ist weich.

Die Haut zeigt einen Dermographismus mäßigen Grades, die Haut des Gesichts eine ziemlich stark ausgeprägte Akne, hauptsächlich der Stirn und der mittleren Gesichtspartie, verbunden mit einer mäßigen Rosazea an den gleichen Teilen. Die Haut der Brust und des Rückens ist nicht so beteiligt.

Genitale und After o. B. Keine Drüsenschwellung. Schleimhäute o. B. Urin frei von Eiweiß und Zucker. WR negativ.

Pat. gibt an, daß sie früher immer gesund gewesen ist, insbesondere keinen Hautausschlag gehabt hat. Im Jahre 1919 hatte sie einen Partus; Kind (Mädchen) im Alter von acht Monaten an Gelbsucht (?) gestorben. Danach setzte Obstipation ein; die Schilddrüsenschwellung machte sich bemerkbar, und im weiteren Verlaufe trat dann auch der Ausschlag im Gesicht auf. Die Akne exazerbiert auch ausgesprochen während der Menses und bei Obstipation.

Resümee: Es handelt sich bei der Pat. offenbar um einen Fall von Acne vulgaris, der auf der einen Seite Beziehungen zum Genitalapparat erkennen läßt (Menses), auf der anderen Seite Symptome eines Hyperthyreoidismus bietet. Therapeutisch konnte dem in dieser Zeit bei der Kürze der Beobachtung nicht Rechnung getragen werden.

3. E., Frieda, 21 Jahre, Arbeiterin, Hannover. 1. Aufnahme: 28. August 1923.

Pat. wird wegen Gonorrhoeverdacht eingeliefert. Im Jahre 1922 war Pat. bereits tripperkrank, hatte damals auch eine Eierstockserkrankung und wurde seinerzeit in einem auswärtigen Krankenhaus operiert. Seitdem will sie sich bezüglich des Unterleibes im allgemeinen gesund gefühlt haben.

Digitized by Google

Als Kind hatte sie Rachitis, und ferner will sie seit ihrem zwölften Lebensjahre an einer Nierenerkrankung leiden. In letzter Zeit hatte sie viel unter Kopfschmerzen zu leiden.

Die Menses sind erst sehr verspätet eingetreten; sie will sie erst seit einem Jahre einigermaßen regelmäßig gehabt haben, aber auch jetzt treten sie im Durchschnitt nur alle sechs Wochen auf und sind mit starken dysmenorrhoischen Beschwerden verbunden. Kein Abort, kein Partus. Syphiliskrank will Pat. nicht gewesen sein. Seit etwa einem Jahre will Pat. an einem hartnäckigen Ausschlag an der Gesichtshaut leiden.

Pat. ist leidlich kräftig gebaut und in mäßigem Ernährungszustand. Haut und Schleimhäute sind blaß. Die Haut des Gesichts ist etwas geschwollen und zeigt eine geradezu massenhafte Aussaat von Komedonen; außerdem befinden sich an der Haut des Gesichts auch mehrere Eiterpusteln und Akneknötchen, die im ganzen aber hinter dem Bilde der Komedonen etwas zurücktreten.

Die Drüsen sind nicht nennenswert geschwollen.

Das äußere Genitale ist o. B.; an der Portio befindet sich eine kleine Erosion, aus der Scheide entleert sich etwas grüngelbes Sekret. In der Harnröhre werden Gonokokken nachgewiesen, das Zervixsekret ist frei. Für Syphilis finden sich keine klinischen Symptome. Die WR, die mehrfach gemacht wurde, fiel stets negativ aus.

Herz und Lunge sind o. B.

Der Urin hat ein spezifisches Gewicht von 1013, Eiweiß und Zucker sind nicht vorhanden. Im Sediment finden sich mäßige Mengen von Leukozyten und Epithelien, einwandfreie renale Elemente (Zylinder) sind nicht vorhanden. Der Blutdruck ist wesentlich herabgesetzt (80—90).

Die Gonorrhoe wird in der üblichen Weise, teils mit Ausspülungen der Scheide, teils mit örtlicher Zervikalbehandlung, teils mit intravenösen Kollargoleinspritzungen (7) behandelt. Außerdem erhielt die Kranke eine Arthigoninjektion. Sie verträgt diese Kur ohne nennenswerte Störung.

Ferner wird die Komedonenakne der Gesichtshaut mit örtlichen Bestrahlungen der Kromeyerschen Quarzlampe behandelt, teils aus der Entfernung, teils als Druckbestrahlung, eine Therapie, die starke örtliche Reaktionen setzte, ohne aber schließlich das Gesamtbild der Akne wesentlich verändert zu haben.

Am 26. Oktober wird Pat. als seinerzeit nicht mehr behandlungsbedürftig aus dem Krankenhaus entlassen. —

Wiederaufnahme: 14. Januar 1924.

Pat. wird wegen Tripperverdacht eingeliefert.

Der Allgemeinzustand hat sich bei der Pat. entschieden sehr verschlechtert.

Das Gesicht ist wesentlich mehr gedunsen als bei der vorigen Aufnahme, ausgesprochen blaß. Die Komedonen sind in einer solchen Masse entwickelt, daß an der Stirn zum Teil fast ein schwärzlicher Gesamtton resultiert; die Bindehäute sind stark anämisch. Für Tripper und Syphilis lassen sich bei dem diesmaligen Krankenhausaufenthalt keine positiven Befunde erheben. Acht aus Harnröhre und Zervix angefertigte Präparate sind negativ ausgefallen, ebenso zweimal negatives Resultat der WR.

Was die inneren Organe anbelangt, so findet sich an der Herzspitze ein kurzes systolisches Geräusch; der zweite Pulmonalton ist verstärkt, der Blutdruck ganz auffallend niedrig, 50 – 90 mm Hg.

Die Lungen bieten keinen pathologischen Befund.

Bemerkenswert erscheint, daß nicht nur die Haut des Gesichts, sondern auch die Haut am übrigen Körper wesentlich verändert ist. Sie ist weißgelblich, etwas verdickt und trocken.

Die Schilddrüse läßt sich durch die etwas geschwollene Haut des Halses nicht palpieren. (Die innere Untersuchung erfolgte durch den Facharzt für innere Krankheiten, Herrn Dr. Feuerhake, leitenden Arzt der inneren Abteilung des Clementinenhauses.)

Die Leber ist nicht wesentlich vergrößert, ebenso nicht die Milz, wenngleich dieselbe unter dem linken Rippenbogen fühlbar ist.

Der Urin wurde wiederholt untersucht und ergab weder Eiweiß noch Zucker. Im Sediment fanden sich wiederum mäßige Mengen von Leukozyten und Epithelien, dagegen keine ausgesprochenen renalen Elemente.

Temperatur ist bei der Einlieferung normal.

In den letzten 4—5 Tagen verschlechtert sich der Zustand der Pat. ganz außerordentlich, ihr psychisches Verhalten verändert sich: die Kranke zeigt Apathie, langsame Bewegungen, ein gewisses schläfriges Wesen, Nachlassen des Gedächtnisses.

Digitized by Google

Gleichzeitig bekommt sie Temperaturen bis 40, klagt über unerträgliche Kopfschmerzen, so daß am 4. Februar die Verlegung auf die innere Abteilung des städtischen Krankenhauses I erfolgt.

Im Krankenhaus I ging die Pat. nach kurzer Zeit (19. II.) zugrunde.

Die klinische Diagnose lautete: Meningitis, pluriglanduläre Insuffizienz.

Der Sektionsbefund ergab folgendes:

Pastöse weibliche jugendliche Leiche von kräftigem Knochenbau. Totenstarre und Senkung deutlich. 3. und 4. Finger der rechten Hand zeigen geschrumpfte Grund- und Mittelphalangen und Verwachsung dieser durch narbige Adhäsionen. (Alte Verbrennung? Mißbildung?) Nase ist platt, Lippen zeigen wulstiges Hervorspringen, Jochbogen springen breit nach der Seite vor. Vom Nabel zieht sich nach abwärts eine alte Operationsnarbe. Die 2. Zehe beiderseits ist verkürzt, Grundphalang fehlt.

Kopfsektion: Starke Entwicklung der Pacchionischen Granulationen, geringes Ödem der Pia; Flüssigkeit ist leicht getrübt. An der Basis des Hirns finden sich eitrige, fibrinöse Beläge, die sich nur wenig auf die unteren Gyri fortsetzen. Ventrikelflüssigkeit vermehrt, getrübt, nicht eitrig. Die Hypophyse ist etwas vergrößert. Nebenhöhlen sämtlich o. B.

Hals- und Brustorgane: Zungenfollikel von normaler Größe, die Schilddrüsenlappen sind beiderseits stark vergrößert, reichlich kolloidhaltig, zum Teil finden sich größere kolloidhaltige Zysten, Epithelkörperchen lateral unten deutlich. Die Axillardrüsen und Hilusdrüsen der Lungen sind vergrößert, auf der Schnittfläche von fester Konsistenz und grauweißer Farbe. In den Unterlappen beider Lungen Hypostase. Herz o. B. Thymusreste nicht mehr erkennbar. Pleuritische fibrinöse Adhäsionen am rechten Mittel- und Unterlappen.

Bauch- und Beckenorgane: Peritoneum glatt, spiegelnd. Omentum majus zeigt einzelne fibröse Adhäsionen mit dem Organ des kleinen Beckens. Lebervorder- und Unterfläche zeigt gleichfalls einige fibröse Stränge. Die Milz ist von normaler Größe. Deutliche Vermehrung der Zeichnung der Follikel. Kapsel fibrös verdickt. Leber und Nieren o. B. Die vergrößerten Nebennieren sind stark lipoidhaltig. Pankreas o. B. Der Magen zeigt im Kardiateil und an der großen Kurvatur bis zur Pars praepylorica eine dünne, ganz glatte, faltenlose Schleimhaut, während der übrige Teil deutliche Zeichnung der submukösen Follikel gibt. Diese werden auch wieder im unteren Ileum und Zökum deutlich. Das linke Ovarium mit der Tube fehlt. Die Venen des Genitalapparates sind varikös. Uterus und Blase o. B.

Pathologisch-anatomische Diagnose: Ödem der Pia. Meningitis purulenta fibrinosa, Hydrocephalus internus seropurulent. Markige Schwellung der Lymphdrüsen am Lungenhilus und in den Axillen. Hypostatische Pneumonie. Peritonitis adhaesiva fibrosa. Hyperplasie der Follikel des Darmtraktus. Außerdem Veränderungen der Thyreoidea und der Nebennieren, sowie Fehlen eines Ovariums.

Mikroskopischer Befund: Die eitrigen Beläge auf der Hirnbasis zeigen keine Bakterien, nur polynukleäre Leukozyten. Lymphdrüsen haben vermehrtes Interstitium, Keimzentrum undeutlich, Sinus erweitert. Rechtes Ovarium zeigt reiche Follikel, im übrigen o. B.

Resümee: Bei dem im übrigen internen Fall eine sehr stark entwickelte Komedonenakne des Gesichtes, die durch ihr Auftreten nach der Entfernung des einen Eierstockes und im Zusammenhang mit den dysmenorrhoischen Beschwerden, die schon lange vorher bestanden, auf Beziehungen zur Genitalsphäre hindeutete. Bei der Sektion fanden sich neben der unmittelbar zum Tode führenden anderweitigen Erkrankung Veränderungen der Thyreoidea und der Nebennieren.

Epikrise: Zusammenfassend wird man also sagen dürfen, daß die drei von uns mitgeteilten Fälle, jeder in besonderer Weise, Beziehungen zwischen der als Akne bzw. Komedonenakne bekannten Erkrankung der Haut und Veränderungen von endokrinen Drüsen erkennen lassen. Im ersten Fall ist interessant, daß die zweifellos vorhandene Unregelmäßigkeit von seiten der Genitalsphäre (kleiner Uterus, verspätetes Auftreten der Menses) mit einer Akne zusammenfällt von ganz außerordentlich

Digitized by Google

starker klinischer Entwicklung, die auf Zuführung von Ovarialextrakten der verschiedensten Provenienz eine fast an Heilung grenzende Besserung erkennen läßt. Interessant weiter, daß während dieser Substitutionsbehandlung die Menses zum ersten Male auftraten, wichtig endlich, daß die eingeleitete Therapie nur vorübergehenden Erfolg hatte, woraus sich für die Behandlung der Acne vulgaris mit endokrinen Drüsenextrakten immerhin insofern keine günstigen Aussichten ergeben, als diese Behandlung offenbar in manchen Fällen sehr lange Zeit fortgesetzt werden muß, um Dauererfolge zu zeitigen.

Der zweite Fall gehört offenbar in jene Gruppe von Acne vulgaris, die neuerdings nicht nur in Beziehungen gebracht wird zum Genitalapparat als solchem, worauf ja auch in diesem Falle Symptome hindeuten, sondern ganz besonders auf eine gleichzeitige Beteiligung der Thyreoidea im Sinne eines Hyperthyreoidismus hinweist. Es erhellt daraus, daß eben auch für die Acne vulgaris in manchen Fällen nicht ein einziges Organ verantwortlich gemacht werden darf, sondern daß man wohl gezwungen ist, derartige Störungen am Hautorgan unter dem etwas weiteren Begriffe der pluriglandulären Insuffizienz zu sehen.

Der dritte Fall endlich, dessen Bild ja zweifellos durch die Häufung der verschiedensten inneren Organerkrankungen auf den ersten Blick etwas getrübt ist und bei dem die Hautaffektion mehr als Nebenbefund bezeichnet werden muß, läßt immerhin die Möglichkeit zu, auch in diesem Falle die sehr stark ausgeprägte Komedonenakne in ätiologische Beziehungen zu den Veränderungen verschiedener endokriner Drüsen zu bringen (Nebennieren, Thyreoidea, Ovarien).

Alles in allem erschien es uns zweckmäßig, auch unsererseits an der Hand der geschilderten Krankengeschichten zu der jetzt so viel ventilierten Frage Stellung zu nehmen, für gewisse Hauterkrankungen Beziehungen zu allgemeinen Störungen des Organismus zu suchen.

In diesem Sinne erscheint die Publikation obiger Fälle gerechtfertigt.

Literatur.

1. W. Pick, Akne und innere Sekretion. Arch. f. Derm., 1921, Bd. 131, S. 350. — 2. Lapinsky, Einige Beobachtungen über die Wirkungen des Telygans. M. Kl., 1922, Nr. 46. — 3. L. Chevinsse, Vakzine- und Organextrakttherapie in der Aknebehandlung. Presse méd., 1921, Jahrg. 29, Nr. 47, S. 466. — 4. C. Swanson, Behandlung der Akne. Southern Med. Journ., 1922, Bd. 15, Nr. 1, S. 27—29. — 5. F. Luithlen, Über Kombination von Kolloid- und Organtherapie, insbesondere in der Kosmetik. Arch. f. Derm., 1921, Bd. 131, S. 148. — 6. M. Scholtz, Endokrine Therapie bei Hautkrankheiten. New York m. j., Bd. 114, Nr. 1. — 7. Dóczy, Beiträge zur Therapie der Acne vulgaris. Derm. W., 1924, Bd. 79, Nr. 30.

Digitized by Google

Aus der Abteilung für Haut- und Geschlechtskranke des Wilhelminenspitals in Wien (Vorstand: Prof. Dr. M. Oppenheim).

Die Behandlung der Mikrosporie mit Tartarus-stibiatus-Salbe (nach Oppenheim) und hierbei auftretende besondere Eigentümlichkeiten des Verlaufes dieser Erkrankung.

Von

Dr. Erich Steiner.

In der Therapie der Trichophytie- und Mikrosporieerkrankungen des behaarten Kopfes ist es eine auffallende Tatsache, daß die Kerionformen im Gegensatz zu den oberflächlichen eine deutliche spontane Heilungstendenz erkennen lassen. Wie oft sieht man das schwerste Kerion bei indifferenter Behandlung (Entfernung der Borken, Antiphlogose) in kurzer Zeit zurückgehen, während die Mikrosporie unseren therapeutischen Bemühungen hartnäckigen Widerstand leistet und bis zum Eintritt der Pubertät nicht die geringste spontane Neigung zur Heilung zeigt. Es sei hier gleich erwähnt, daß Versuche, den diesbezüglichen Einfluß der Pubertät durch Darreichen von Hoden- und Ovarialtabletten bereits frühzeitig geltend zu machen, erfolglos blieben (Buschke). Bei Betrachtung des klinischen und histologischen Bildes der oberflächlichen und tiefen Arten ergeben sich bei den ersteren nur geringe Entzündungserscheinungen, die sich als Schuppung und mäßige Exsudation auf Epidermis, Haarfollikel und Papillarkörper beschränken, während bei den tiefen eitrige Follikulitis und Perifollikulitis dazu kommen, der Prozeß sich in der Tiefe der bindegewebigen Haut abspielt und den Charakter einer eitrigen proliferativen Entzündung trägt.

Auf Grund der angeführten Erfahrungstatsachen lag es nahe, die so schleppend verlaufende und äußerst infektiöse Mikrosporie in eine kerionähnliche Form überzuführen, aus dem scheinbar reaktionslos verlaufenden Prozeß einen solchen mit starken Entzündungserscheinungen zu erzeugen, um auf diese Weise die Behandlungsdauer abzukürzen und Rezidive möglichst zu vermeiden. Bekanntlich bleiben Kerionfälle, einmal geheilt, größtenteils rezidivfrei. Die Methode der Wahl ist heute in der Mikrosporietherapie die Anwendung der Röntgenstrahlen, durch welche die Haarpapille temporär geschädigt wird und infolgedessen die Haare nach etwa 14 Tagen leicht und schmerzios epiliert werden können, so daß auf diese Weise die Hauptansiedlungspunkte der Pilze entfernt werden. Zur Abstoßung der oberflächlichen Hornschichten reiht man der Epilation eine Schälkur und Desinfektion mit Jodtinktur an. Bekanntlich treten im Anschluß an die Bestrahlung oft subjektive Beschwerden, wie Kopfschmerzen, Schwindel, Erbrechen, auf, gehen aber bald vorüber. Die Gefahr einer diffusen Alopezie als Folgeerscheinung einer Röntgendermatitis ist bei einem erfahrenen Fachmann wohl äußerst gering einzuschätzen, dagegen stellen sich gar nicht so selten Rezidive ein.

Digitized by Google

Diese Umstände einerseits und andererseits wiederum der, daß nicht immer und überall ein entsprechender Röntgenapparat zur Verfügung steht, veranlassen mich, im Zusammenhang über ein von Oppenheim angegebenes Behandlungsverfahren zu berichten, dem der Gedanke zugrunde liegt, die Erkrankung ohne Benützung der Röntgenstrahlen durch Umwandlung in kerionähnliche Formen zu heilen. Buschke und Klemm suchten durch systematische Anwendung von Pyrogallussäure dasselbe zu erreichen; ihre Behandlungsmethode lieferte ihnen wechselnde Resultate, Rezidive blieben nicht aus.

Nach der Angabe Oppenheims verwendet man eine 10%ige Tartarus-stibiatus-Vaselinsalbe. Tartarus ist ein starkes Derivans, als Salbe auf die Haut gebracht, erzeugt es eine pustulöse Dermatitis, bei stärkerer Konzentration Geschwüre. Diese bilden weder Metastasen, noch sind sie progredient, sondern sie sind lokalisiert, da es sich um eine rein chemische, aseptische Eiterung handelt. In der Dermato- und Venerologie verwendet man Tartarusstibiatus als Injektion mit Erfolg besonders bei den Haut- und Schleimhautleishmaniosen, ferner bei venerischen Granulomen, Lepra und Stomatitis ulcerosa. Bei Lues und Framboesie stehen die Erfolge weit hinter denen des Salvarsans zurück. — Bei der lokalen Mikrosporiebehandlung mit Tartarus werden die Haare kurz geschnitten, die Erkrankungsherde mit der 10%igen Tartarussalbe zweimal täglich im allgemeinen bis zu je 14 mal eingerieben. Oft entwickeln sich schon nach ein- bis zweimaliger Einreibung Follikulitiden, Impetigines und perifollikuläre Abszesse, die schließlich wie eine tiefe Trichophytie aussehen. Gesellen sich starke Entzündungserscheinungen, Ödem der Umgebung, Drüsenschwellungen, Schmerzen, Temperatursteigerungen hinzu, so setzt man mit den Einreibungen aus und behandelt mit Umschlägen oder Borsalbe. Nach Schwinden der Reaktion untersucht man auf Pilze und läßt bei positivem Befund den nächsten Tartaruszyklus folgen, dann wieder Pause eintreten usw., bis eine mehrmalige negative Pilzuntersuchung die Heilung anzeigt. Ratsam ist es, der Tartarusbehandlung einen 3—5tägigen Jodtinkturzyklus anzuschließen, indem man die Kopfhaut einmal täglich mit Jodtinktur pinseln läßt, und unerläßlich ist es, die Pat. nach Beendigung der Behandlung zu wiederholten Nachuntersuchungen zu bestellen.

Dieser Behandlung wurden an unserer Abteilung 132 Kinder unterzogen, davon wurden 120 geheilt, 12 rezidivierten, bei 11 Fällen kombinierten wir Tartarus und Röntgenstrahlen; aber gerade diese Fälle beanspruchten eine durchschnittliche Zeit von fünf Monaten bis zur Heilung, während wir bei Tartarus allein etwa 4—12 Wochen benötigten. Oft bleiben kleine Narben zurück, die aber später noch Haarwuchs zeigen können oder, wenn nicht, von den Haaren der Umgebung bedeckt werden. Manchmal auftretende warzenförmige Granulationen werden am besten lapisiert. Es sei darauf hingewiesen, daß die Tartarustherapie der Mikrosporie genaueste Beobachtung verlangt, sich also nur für das Spital eignet, womit auch gleichzeitig die bei der hohen Infektiösität der Erkrankung erforderliche Isolierung gegeben ist. Indiziert ist die Tartarusbehandlung nur bei Vorhandensein eines umschriebenen Herdes, wenn nach sorgfältiger mikroskopischer Untersuchung

Digitized by Google

keine anderen Erkrankungsherde entdeckt werden, ferner wegen der Narbenbildung hauptsächlich bei Kindern männlichen Geschlechtes. Nach der Ansicht Oppenheims besitzt Tartarus stibiatus eine elektive Wirkung auf die erkrankten Haare bzw. Haarfollikel. Reibt man gesunde und kranke Kopfhautstellen gleichzeitig mit der Salbe ein, so reagieren erstere viel später und geringer; der einzelne Mikrosporieherd reagiert nicht in seiner Gesamtheit, sondern in ihm zeigen sich isolierte Pusteln, die den direkt von den Pilzen befallenen Stellen entsprechen dürften. Die elektive Wirkung erkläre ich damit, daß der Reiz der eitrigen Entzündung in dem erkrankten Haarfollikel ein bereits geschädigtes und in seinem Stoffwechsel darniederliegendes Gewebe trifft, daher früher und viel stärker in Erscheinung tretende Reaktionen auslöst als im gesunden Gewebe. Diese Reaktionen vermögen durch die Veränderungen der Zusammensetzung des Nährbodens die Lebensfähigkeit der Pilze auf das stärkste zu beeinflussen und sie mit den geschädigten Gewebsteilen zu eliminieren. Es wäre dies der Modus, der eine Heilung auf „chemischem" Wege erklären könnte zum Unterschied von der noch später zu erwähnenden und gleichzeitig in Betracht zu ziehenden Heilungsmöglichkeit auf Grund von immun-biologischen Vorgängen.

Es wurde bereits erwähnt, daß eine tiefe Trichophytie selten rezidiviert. Tatsächlich entsteht nach Heilung derselben weder spontan noch experimentell durch Trichophytonpilze eine Reinfektion; der Organismus ist immun geworden, und diese Immunität, die nicht nur, wie Bloch nachgewiesen, gegenüber dem spezifischen Erreger besteht, sondern sich auch auf die ganze Gruppe der Trichophytie-Mikrosporie- und Favuserreger bezieht, ist die Ursache, daß man beim Kerion auf eine intrakutane Impfung mit Trichophytin eine lokale, Herd- und oft auch Allgemeinreaktion erhält. Im allgemeinen antworten die oberflächlichen Formen selten mit kutaner Allergie; die tiefen Formen reagieren bereits bei einer Verdünnung von 1 : 100 fast immer. Wenn aber z. B. eine Mikrosporie mit Entzündung und Eiterung erregenden Mitteln behandelt wird und sie dadurch klinisch einem Kerion nahe kommt, so zeigt auch sie allmählich dessen Immunitätsphänomene, wenn auch nicht in derselben Häufigkeit. Auffallend ist es, daß die Mikrosporie, die von den meisten Autoren klinisch und kulturell von der Trichophytie getrennt wird, auf Trichophytin reagiert, eine Erscheinung, welche doch auf einen engeren Zusammenhang beider Erkrankungen schließen läßt. Der Trichophytie und Mikrosporie ist ferner eigentümlich das Auftreten des Lichen trichophyticus bzw. microsporicus in Form eines lokalen oder mehr ausgebreiteten Exanthems, das sich meist aus blassen bis roten, größtenteils follikulären, stecknadelkopf- bis linsengroßen Knötchen zusammensetzt, deren Oberfläche glatt sein oder Schüppchen, auch Krusten oder Pusteln aufweisen kann. Sowohl Stamm als auch Extremitäten bilden die Lokalisation; das Allgemeinbefinden ist häufig in Mitleidenschaft gezogen. Beobachtungen lehren, daß diese Trichophytide bzw. Mikrosporide besonders auftreten nach Röntgenbestrahlung, Trichophytinreaktion und Pilzschädigung. Oppenheim stellte als erster in der Wiener Dermat. Ges. ein Trichophytid vor, das bei einem Kerion 48 Stunden nach einer intra-

Digitized by Google

kutanen Trichophytininjektion von 0,1 ccm auftrat. An der Injektionsstelle zeigten sich einige Stunden nach der Injektion Knötchen und Bläschen. Ähnliche Vorgänge beobachtete er bei mehreren Fällen: das Trichophytid trat 24—48 Stunden nach der Injektion gewöhnlich unter Fiebererscheinungen auf; die lokale Eruption ging dem Auftreten eines Lichens voran. Der histologische Befund der einzelnen Knötchen ergab entzündliche Veränderungen und Parakeratose, kulturell war er negativ. Die Ursache der eben erwähnten Erscheinungen liegt nach den neueren Untersuchungen darin, daß die Erreger und wahrscheinlich auch ihre Toxine ins Blut gelangen, daselbst den Reiz zur Bildung von Antikörpern abgeben, deren Reaktion mit dem Antigen (Trichophytin) uns als Immunitätsphänomene imponieren. Arzt und Fuhs gelang es kurz vor dem Auftreten eines Mikrosporids, das Mikrosporon Audouini aus dem Blute zu züchten; analoge Befunde wurden bereits früher von Jessner und Ambrosoli beim Lichen trichophyticus erhoben. In den Schuppen der Knötchen wurden gelegentlich Pilze nachgewiesen (Guth, Sutter, Jessner), ebenso im Schnittpräparat (Bruusgaard). Nach den Untersuchungen von Arzt und Fuhs scheint das Mikrosporid den Höhepunkt der Reaktion zwischen Antigen und Antikörper darzustellen, da die Züchtung der Erreger aus dem Blute genannten Autoren nur knapp vor dem Auftreten des Exanthems gelang, während sie bei bereits vorhandenem negativ verlief.

Zur Überprüfung der Immunitätsverhältnisse bei den mit Tartarus behandelten Fällen verwendeten wir Trichophytin (Paltauf), das wir in verschiedener Konzentration intrakutan am Unterarm injizierten. Bereits nach wenigen Tartaruseinreibungen ergaben Verdünnungen von 1 : 10 fast immer starke Reaktionen an den Impfstellen. Ein Fall reagierte nach zehntägiger Behandlung mit Tartarus auf 1 : 40 vollkommen negativ, nach acht weiteren Einreibungen bereits auf 1 : 50 positiv; der Prozeß trug klinisch das Aussehen einer Trichophytia profunda. Lichen microsporicus im Verlaufe der Tartarusbehandlung wurde von uns dreimal beobachtet. Oppenheim berichtete über einen solchen; es handelte sich um einen sechsjährigen Knaben mit mehreren Mikrosporieherden am behaarten Kopfe. Trichophytininjektion ergab negatives Resultat. Nach zweimaliger Behandlung mit Tartarus entstanden kerionähnliche Knoten; jetzt Trichophytininjektion positiv, lichenoid. Unter Allgemeinerscheinungen trat nachmittags nach der Injektion ein Lichen microsporicus auf. Pilzbefund in den Knötchen negativ. Möglicherweise bildeten in diesem Falle kurz vor der Aufnahme durchgemachte Masern ein kausales Moment, in Analogie mit dem Auftreten eines Lichen scrophulosorum. Einen analogen Fall bildet ein $3^1/_2$jähriges Kind, das mit Morbillen auf die Infektionsabteilung eingeliefert wurde; bei der Aufnahme bestand gleichzeitig eine Microsporia capitis. Die Masern nahmen ihren typischen Verlauf, die Höchsttemperatur betrug 39,8. Nach dreiwöchiger diäthetischer Behandlung wurde das Kind wegen seiner Mikrosporie auf unsere Abteilung transferiert. Pilzbefund: Mikrosporon Audouini. Nach dreiwöchiger Tartarustherapie traten am Gesicht und am Stamm, von oben nach unten an Zahl und Größe abnehmend, lebhafte rote, stecknadelspitz- bis stecknadelkopfgroße, unregelmäßig angeordnete Knötchen auf (Lichen

Digitized by Google

microsporicus). Der Pilzbefund war zur Zeit des Mikrosporids in den Haaren nach positiv; nach einem weiteren Tartaruszyklus wurde er negativ und blieb es dauernd. Arzt sah bei einem mit Tartarus behandelten Mikrosporiefall nach kutaner Trichophytininjektion raschen Temperaturanstieg und schnelles Abfallen derselben, was er als Allgemeinreaktion deutet.

Auf Grund der im Verlaufe der Tartarusbehandlung beobachteten allergischen Erscheinungen dünkt uns die Annahme nicht unberechtigt, daß die lokale Gewebsalteration, besonders entzündliche Hyperämie (erweiterte Gefäße, langsame Blutströmung) und Gefäßwandschädigung, hervorgerufen durch die eitrige Entzündung, Pilze in vermehrter Anzahl ins Blut gelangen läßt, deren Invasion der Organismus mit der erhöhten Bildung von Antikörpern beantwortet; vielleicht werden auch durch die Hautreizung allein einzelne Zellen in der Weise beeinflußt, daß sie schützende Stoffe abgeben, für die ebenfalls der heute wohl noch recht zweifelhafte Begriff „Antikörper" gilt. Wenn nun nach der allgemeinen Auffassung unter der Einwirkung der Antikörper die Heilung eines Krankheitsprozesses gefördert wird, so kann man auf Grund der gemachten Beobachtungen der Tartarustherapie der Mikrosporie eine immunisatorische Komponente zusprechen, die neben der bereits erwähnten „chemischen" den Wert des Verfahrens erkennen läßt.

Literatur.

Arzt, Zbl., Bd. 3, H. 7. — Arzt u. Fuhs, Arch. f. Derm., Bd. 143. — Bloch, Arch. f. Derm., Bd. 129. — Bruusgaard, Arch. f. Derm., Bd. 138. — Buschke, Derm. W., 1921, Bd. 72. — Guth, Arch. f. Derm., Bd. 118. — Jadassohn, B. kl. W., 1918. — Oppenheim, Derm. W., 1920, Nr. 3. — Oppenheim, Zbl. f. Haut- u. Geschlechtskrh., Bd. 3, H. 6/7. — Sutter, Arch. f. Derm., Bd. 127.

Aus der venerischen Abteilung des Landbezirks-Spitals in Skoplje, Jugoslawien.
(Vorsteher: Prof. Dr. V. Zarubin.)

Cutren und Neo-Cutren.

Von

Dr. L. Kislitschenko.

Für die kaum vierjährige Bekanntschaft der Syphilotherapie mit dem Wismut ist diesem in der letzteren eine sehr verantwortliche Stelle eingeräumt worden. Indessen kann es kaum bestritten werden, daß die Wismuttherapie zu früh das Laboratorium verlassen hat, um Allgemeingut des weiteren Ärztekreises zu werden, bevor überhaupt das Prinzip festgestellt werden konnte, welches zur Grundlage der Konstruktion der Wismutpräparate gelegt werden mußte.

In bezug auf das Bi ist es festgestellt, daß es mindestens, vielleicht aber noch mehr als As seine therapeutischen und toxikalen Eigenschaften wechseln kann, nicht nur infolge davon, mit was für einer Substanz es verbunden ist, sondern auch infolge der Art und Weise, wie es verbunden ist. (Giemsa [1].)

Digitized by Google

Die Meinung Pasinis (2) u. m. a., daß die Wirkungsstärke der Bi-Präparate hauptsächlich von den chemischen Eigenschaften der Verbindung und weniger von dem absoluten Gehalt in ihr an Bi-Metall abhängt, findet ihre Bestätigung in den Versuchen von Plaut und Mulzer (3), wo die Präparate gleichartig dosiert waren in bezug auf das mit ihnen eingeführte Bi-Metall (worin auch Neo-Trépol — 96% Bi, sich schwächer äußerte als Trépol — 64%).

Es wäre deswegen nicht richtig, dem Rat Bernard et Duray (4) Folge zu leisten, welcher wie folgt lautet: „injecter un produit dont le taux bismuthé est élevé, du bismuth pur si possible".

Ungerecht ist es ebenfalls, die Wirkung des Bi pauschal mit dem Index 7 zu taxieren, wie dies Milian tut, welcher gleichzeitig das Quecksilber mit dem Index 4 und Salvarsan mit 10 versieht.

Bei der Beobachtung der Wirkung der verschiedenen Bi-Handelspräparate fanden wir durch die Praxis die Möglichkeit, uns zu überzeugen, in welchem Maße die Präparate, mit welchen wir gleiche oder möglichst gleiche Quantitäten Bi-Metall einführten, an Wert in therapeutischer Beziehung variieren können. Indem wir einigen unter ihnen den höchsten Index beigeben wollten, würden wir genau so gut die Wirkung anderer mit dem Index „Eins" qualifizieren.

Da aber die meisten der bis jetzt in den Handel gekommenen Bi-Präparate für die Heilung der Syphilis immerhin in größerem oder in kleinerem Maße ihre Brauchbarkeit erwiesen, so ist die Auswahl unter ihnen nicht leicht, und zwar schon deswegen, weil bei weitem nicht alle Fabriken den Arzt mit der Struktur ihrer Verbindungen gern bekannt machen. Sich aber lediglich nur nach dem in ihnen prozentual enthaltenen Bi-Metall zu richten und durch seine Quantität den Wert des Präparates zu bestimmen, ist allerdings unmöglich.

Gewisse Leitfäden für die Bewertung des Präparates kann man in Forschungen von Giemsa und Grimme (5) finden. Letzterer fand bei der Bestimmung der Konstitution der gebräuchlichsten Verbindungen, daß der therapeutische Wert einer der organischen Verbindungsgruppen Bi, abhängig ist von dem Eindringen des Bi in das Molekel der Verbindung unter der Form des einwertigen Restes BiO-Bismuthyls.

Gerade dieser Gruppe gehören an die wohlbeleumundeten Trépol, Luatol, Bismogenol, Nadisan, Natrol und einige andere. Selbstredend müssen mit dem Zuwachs an BiO-Gruppen in den Verbindungen ihre therapeutischen Vorzüge auffällig wachsen, und ein Beispiel dafür wäre das sogenannte „Bi 5" Natrium-tribismuthyltartrat.

Ein zweites Moment, welches den Wert der Bi-Verbindungen bedingt, bildet das Eindringen in ihr Molekel von Haloiden (Cl, J) und Schwefel. Welche Rolle die angegebenen „Zusatzkomponenten" spielen, ist noch nicht ganz klar. Abgesehen von der ihnen zugeschriebenen Fähigkeit, das Wismut zu „aktivieren", scheint die Vergrößerung des therapeutischen Effekts auch von der Eigenwirkung dieser Substanzen abhängig zu sein. In dieser Beziehung ist der Mechanismus der Einwirkung des Schwefels besonders interessant, welcher einen gewissen Parallelismus mit den Proteinkörpern aufweist. (Erich Meyer [6], J. Dengler [7].)

Der vorbedeutungsvolle Drang, den Schwefel in die Konstruktion

Digitized by Google

der Salvarsane einzuführen, spricht auch für seine ernste Rolle in der künftigen Syphilotherapie.

Unter einer Reihe von uns versuchten Präparate (Bismogenol, Bismoluol, Milanol, Nadisan, Bisuspen, Casbis, Spirillan, Sigmuth usw.) erweckte unsere Aufmerksamkeit durch seine hervorragende Wirkung in klinischen Syphiliserscheinungen das Cutren[1]). Letzteres wurde anfangs als 10%ige Emulsion des Wismutsalzes der Ortho-oxy-chinolin-Sulfosäure in die Öffentlichkeit gebracht: $(C_9H_5NOSO_3)\ Bi_2$ mit einem Gehalt von 38% Bi-Metall in der Substanz.

Durch die Einführung des Jods wurde alsbald Cutren (I) in basisches Jod-ortho-oxy-chinolin-sulfosaures Wismut übergeführt:

$$C_9H_4J(OH)NSO_3BiO,$$

Cutren (II), worin der Gehalt in % Bi herabgesetzt war (36%).

Gleich darauf wurde von selbiger Firma Neo-Cutren in den Handel gesetzt, welches eine ölige Anreibung des durch Kupfer aktivierten Bismutsalzes der Jod-ortho-oxy-chinolin-Sulfosäure und Salizylsäure im Verhältnis 1 : 20 vorstellt. Das als Aktivator dienende Kupfer befindet sich ebenfalls als Salz der Jod-ortho-oxy-Sulfosäure darin.

Die Substanz dieses Präparates besteht infolgedessen aus:

1. basischem Wismutsalizylat	4,436%
2. Jod-ortho-oxy-sulfosaurem Bi	0,499%
3. Jod-ortho-oxy-sulfosaurem Kupfer	0,089%

wo der Gehalt des Bi-Metalls sich bedeutend erhöhte (55%).

Zur Zeit können wir uns über 65 Fälle äußern, wo dies Präparat heilend verwandt worden ist, und zwar: 45 Cutren I und II und 20 Neo-Cutren.

Abgesehen von Lues I, wo die Therapie stets gemischt war (Bi + NeoS), alle sind Luesmanifesta-Fälle der reinen Wismuttherapie unterzogen worden.

Bei der Wirkung von Cutren I und II konnten wir keinen scharfen Unterschied bemerken, aber nichtsdestoweniger hatten wir den Eindruck, daß die Wirksamkeit des Cutren II größer war, zumal es von den schmerzenden Erscheinungen des ersten frei war.

Gleichwie Patzschke (8) und Evening (9), welche mit diesen Präparaten arbeiteten, dosierten wir dieselben zu 1—1½ ccm für 10 bis 15 Injektionen per Kursus. Bei solcher Dose verschwand für gewöhnlich die Roseola nach 2—3 Injektionen. Sowohl einfache als hypertrophische feuchte Papeln wurden mit 3—4 Injektionen beseitigt. Aber in Fällen einer besonders ausgesprochenen Vegetation trat die Resorption der Papeln nach 4—6 Injektionen, bei einzelnen Beobachtungen sogar nach 7—8 Injektionen ein.

Fast die gleiche Anzahl von Injektionen war in analogen Fällen erforderlich, wismutreiche Präparate wurden angewandt, darunter das beste unter vielen, das Bismogenol. In Anbetracht aber des geringen Gehalts an Bi-Metall des Cutren im Vergleich zu Bismogenol (61%)

[1]) Passek und Wolf, Hamburg 26.

Digitized by Google

muß man dem Cutren die größere Aktivität zuerkennen. Es ist erwähnenswert, daß die Wirkung des Cutrens sehr oft sich sehr rasch äußert, so daß es gelang, einige wichtige Veränderungen am klinischen Bild schon 24 Stunden nach der ersten Injektion wahrzunehmen, wo sonst bei der Mehrheit der Präparate „die latente Aktionsperiode" länger ist.

Mit derselben Genauigkeit tritt die Herxheimer-Reaktion, die sonst öfters nach der zweiten Injektion eine in der Wismuttherapie beobachtete Erscheinung ist, bei Anwendung des Cutrens gewöhnlich schon nach der ersten Injektion ein.

In Fällen, welche sich vordem als quecksilber-resistent erwiesen hatten, wurde auch ein namhafter Widerstand gegen das Cutren beobachtet. So war es bei drei Patienten, welche mit äußerst unnachgiebigen Papulae mucosae oris behaftet waren, nötig, 4—8 Injektionen zu machen. (Analoge Beobachtungen bei der Verwendung anderer Bi-Präparate sprechen dafür, daß die sogenannten quecksilber-resistenten Fälle gleichzeitig resistenzreicher in bezug auf das Wismut sind.)

Was Lues III anbetrifft, nämlich ulzerierte Hautgummata, so haben wir, im Gegensatz zu Neuber (10) u. a., welche über eine auffallend gute Wirkung der reinen Wismuttherapie in solchen Fällen berichten, nimmer ein gutes Resultat von irgend einem uns bekannten Bi-Präparat sehen können und waren schließlich immer dazu gezwungen, Hilfe beim Jod, Salvarsan und sogar Quecksilber zu suchen. Dies gilt auch für das Cutren.

Dagegen konnten wir glänzende Resultate in einigen Fällen von gummösem Periostit, Hirngummata und veralteter Viszeralsyphilis konstatieren.

Ich bringe einen gedrängten Auszug des Krankheits-Prozesses:

Beobachtung 1. C. P., 15 Jahre alt. SG ++++. Periostitis gummosa tibiae d. Heftige Schmerzen lassen den Kranken nicht einschlafen.

10. VIII. 1923. ———— 1 ccm Cutren I.

13. VIII. Die Schmerzen verschwanden und machten sich bis auf weiteres nicht mehr bemerkbar.

Beobachtung 2. D. T., 35 Jahre alt, Lues III, cerebri. Ophthalmoplegia completa oc. s. seit 12 Tagen bestehend. SG +. Linkes Auge ganz blind (Ptosis).

4. VIII. 1923. ———— 1 ccm Cutren I.

7. VIII. Augenlid etwas gehoben. Empfindet Licht. 1 ccm.

10. VIII. Augenlid fast normal erhoben. Die Kranke zählt die Finger auf 1 m Entfernung. 1 ccm Cutren I.

11. VIII. Ptosis verschwunden. Vorhanden: Paralysis m. recti interni superioris et inferioris. Paralysis m. sph. pupillae. Atrophia n. optici partialis (p. temp.). Nach 10 Injektionen verschwanden die Erscheinungen der Paralysis. Sehkraft fast zum Normalen hergestellt. SG (—).

Wenn wir auch mit Cutren zufrieden waren, so sind wir erst durch die Anwendung des Neo-Cutrens uns klar geworden, inwieweit das Wismut in seiner Wirkung auf klinische Erscheinungen den Salvarsanen tatsächlich gleichgestellt werden kann.

Durch einen glücklichen Zufall verfügen wir über zwei Beobachtungsgruppen, wo das Material viel Gemeinschaftliches in bezug klinischer Bilder, Geschlecht und Alter der Patienten, ihr Allgemeinbefinden usw. aufweist.

In einer dieser Gruppen wird mit Silbersalvarsan geheilt, in einer anderen mit Neo-Cutren. Wenn wir die Wirkung von 2 ccm Neo-Cutren

Digitized by Google

(0,055 Bi) bei Injektion am 3.—4. Tage mit der Wirkung von 0,15 bis 0,2 SS bei Injektion am 4.—5. Tage vergleichen, so finden wir die Aktionswirkung bei beiden Präparaten in den angeführten Dosen und bei sonst fast identischen Bedingungen einander gleich ja sogar beim Cutren größer.

Beobachtung 1. P. M., 34 Jahre alt, Lues condyl. SG positiv (++++).

27. V. 1924. Papulae scroti erosivae. Hypertrophische Papel in der Leiste in der Größe einer Himbeere. 2 ccm Neo-Cutren.

30. V. Bemerkbar: vollständige Epithelisation und Resorption der erosierten Papeln. Die Lendenpapel trocken, gefaltet. 2 ccm Neo-Cutren.

1. VI. Vollständige Resorption der Papulae scroti. Von der Leistenpapel verblieb ein linsengroßes Infiltrat. 2 ccm Neo-Cutren.

4. VI. Auf dem Papelsitz unbedeutende rauhe Verhärtung. 2 ccm Neo-Cutren.

6. VI. Leichte Bräunung der Haut auf dem Sitz der vollständig absorbierten Papel.

Beobachtung 2. Z. D., 21 Jahre, Lues condyl. SG stark positiv.

29. V. 1924. Ein Fall bestialischer Vernachlässigung. Roseola recidiva. Angina papulosa. Papulae oris. Kokarden-Syphilid in der Gegend des linken Schulterblattes. Eine auffallende Polyadenitis scler. univers. Ungeheuer hypertrophische Papulae genitalium, welche aus dem Schlitz 2—3 cm hervorragen, schmerzen sehr und scheiden reichlich stinkendes Sekret ab. Ein Teil der Papeln in Zersetzung übergegangen. Die Kranke kann vor Schmerzen mit gespreizten Beinen kaum gehen. 2 ccm Neo-Cutren.

1. VI. Roseola beinahe verschwunden. Gaumen reiner. Epithelisation Papulae oris. Kokarden-Syphilid fast absorbiert. Papulae genitalium bedeutend trockner. Schmerzen verschwunden. 2 ccm Neo-Cutren. (Nr. 2.)

4. VI. Roseola et Angina absunt. Am Sitz des Kokarden-Syphilids bloß Veränderung der Hautfarbe. Papulae genitalium flach, epithelisiert, trocken. Es gelingt nicht, Reiz-Serum zu erlangen. 2 ccm Neo-Cutren. (Nr. 3.)

8. VI. Die meisten Papeln vollständig resorbiert. Die übergebliebenen stellen trockene, flache Hautbildungen mit Ausnahme einer dar. 2 ccm Neo-Cutren. (Nr. 4.)

11. VI. 2 ccm Neo-Cutren. (Nr. 5.)

14. VI. 2 ccm Neo-Cutren. (Nr. 6.)

16. VI. Leichte Verhärtung der äußeren und inneren Lefzen an dem Sitz der früheren Papeln. Eine aber davon verbleibt noch in ihrem typischen Aussehen, ohne feucht zu sein. Jähe Verminderung der Drüsen.

17. VI. 2 ccm Neo-Cutren. (Nr. 7.)

20. VI. Alle äußerlichen Erscheinungen beseitigt.

In der mit SS behandelten Gruppe waren zur Beseitigung analoger Erscheinungen im Durchschnitt auch 25 Tage notwendig (I,OSS!) L. KISLITSCHENKO (11).

Beobachtung 3. Iv. S., 32 Jahre, Bauer.

15. III. 1924. Ins Spital wegen Atembeschwerden und Leibschmerzen gekommen. Die erwähnten Erscheinungen nahmen fortwährend zu, eingestellt hatten sich dieselben vor etwa zwei, drei Wochen. Die letzten Tage hat er keinen Schlaf mehr und nimmt kaum Nahrung zu sich.

Er ist ein Subjekt von mittlerer Größe, gut gebaut, aber sehr abgezehrt. Bekundet äußerste Unruhe. Ist davon überzeugt, daß er sterben muß. Deutlich ausgesprochene Ein- und Ausatmungsnot. Heisere Stimme, fast an volle Aphonie grenzend. Nase, Lippen, Ohren und Hände zyanotisch. Puls 90, Temp. 36,5. Herz normal. In den Lungen zerstreutes trockenes Röcheln. Oberflächliche Drüsen, mit Ausnahme der in den Lenden, unaustastbar. Kniereflexe schwach. Romberg. Unbeweglichkeit der gleichmäßig eingeengten Pupillen. In Anamnese — vor 4—5(?) Jahren — Ulcus penis.

Da wir eine syphilitische Erkrankung des Larynx vermuteten, am gleichen Tage aber nicht die Möglichkeit fanden, laryngoskopische Untersuchungen anzustellen, so machten wir ihm eine Injektion 1 ccm Neo-Cutren. (Jod wurde nicht angewandt aus Befürchtung, die Symptome zu stärken, welche infolge des Kehlkopfunterlaufes sich einstellen konnten. Der ordinierende Arzt ist auf die eventuell notwendige Tracheotomie hingewiesen worden.)

Digitized by Google

16. III. Etwas gebessertes Selbstgefühl. SG positiv. Urin normal. Laryngoskopie (Dr. Ivanoff)[1]).

Bei der Untersuchung des Larynx wurde folgendes gefunden: Schleimhaut unterlaufen, infiltriert. Die falschen und wahren Stimmbänder, vor allem das linke wahre, stark infiltriert. Bedeutendes Infiltrat um die Cartilag. arithenoidei, besonders des linken, wo das Infiltrat im Spalt des Kehlkopfes, die Größe einer Saubohne erreichend, ragt. Fast gänzliche Aphonie.

Diagnose: Laryngitis gummosa.

17. III. 1 ccm Neo-Cutren. (Nr. 2.)

20. III. Bedeutende Besserung. Leichteres Atmen, Schlaf, Appetit haben sich eingestellt. Leibschmerzen geringer (crises gastriques!). 1 ccm Neo-Cutren. (Nr. 3.)

23. III. Allmähliche Zunahme der Besserung. 1 ccm Neo-Cutren. (Nr. 4.)

24. III. Der Kranke atmet frei und spricht. Raucht.

Laryngoskopie: Das oben beschriebene Infiltrat bedeutend eingegangen. Es verbleibt noch das Infiltrat unter dem linken Stimmband, welches man vordem nicht hat sehen können. Kehlkopfspalt fast in normaler Größe, die Atmung frei.

28. III. 2 ccm Neo-Cutren. (Nr. 5.)

Nach der 7. Injektion alle Larynxerscheinungen verschwunden. Auch die crises gastriques (verschwunden).

Am 18. IV. nach 12 Injektionen entlassen (20,0 Neo-Cutren). SG (—).

Dieser Fall ist hauptsächlich deswegen interessant, weil der Kranke keinen Tropfen Jod eingenommen hat.

Von einem günstigen Effekt der Wismuttherapie in einem Fall von Laryngitis ulcerosa tertiaria berichtet Troisier (12), wo aber die Heilung durch eine bedeutend größere Quantität von Bi-Metall (1,35 Bi-Neo-Trépol) erreicht worden ist.

Ferner hat sich Neo-Cutren in zwei Lues-maligna-Fällen glänzend bewährt, aber ebenso wirkungsschwach wie Cutren bei ulzerierten Hautgummata.

Was die Geschwindigkeit anbetrifft, mit welcher die Treponemen aus den Syphiliden verschwinden, so finden wir in Kontollfällen als Regel, daß nach zwei Injektionen von Neo-Cutren und drei Injektionen Cutren, der Parasit nicht mehr vorhanden war. In bezug auf Seroreaktion bekundeten beide Präparate eine bedeutende Energie. Wie auch durch die übrigen Bi-Präparate wurde unmittelbar am Schlusse des Kursus die Seroreaktion in mehr als 50% der Fälle negativ.

Rezidive aber, sowohl serologische als auch klinische, haben wir beim Cutren eher (aber nicht öfter) als bei wismutreicheren Präparaten (L. Kislitschenko [13]). Von der Wirkungsdauer des Neo-Cutrens haben wir vorläufig keine Data.

Als Nebenwirkung kann man erwähnen: einige Schmerzlichkeit Cutren I, sodann den gewöhnlichen Begleiter der Wismuttherapie, den Bismutsaum, welcher sich beim Neo-Cutren am schärfsten zeigt. Letzterer hat einmal eine ziemliche Stomatitis bei einem Kachektiker verursacht. Die übrigen Kranken, von denen die meisten keine Bekanntschaft mit der Zahnbürste haben, waren immer von Mundhöhlenerkrankungen frei, trotzdem wir manchmal die Behandlung in lebhafterem Tempo führten (Injektionen jeden dritten Tag) und in dem Kursus bis 30,0 Neo-Cutren einführten.

Wir haben aber auch nie Zahnschmerzen beobachtet, wie solches Levy (14) bemerkt. Ebenfalls seitens der inneren Organe und des Nerven-

[1]) Welchem wir an dieser Stelle unseren Dank aussprechen.

Digitized by Google

systems haben wir nichts beobachten können, womit wir das Cutren belasten sollten.

In den Anschauungen über den Wirkungsmechanismus des Wismuts ist noch keine Einmütigkeit vorhanden, wie dies übrigens in bezug auf die übrigen Antiluetika der Fall ist. Aber die wissenschaftlichen Arbeiten der letzten Zeit beginnen um so öfter, deren Wirkung vom Standpunkte der Reiztherapie zu beleuchten, d. h., daß ihnen allen die Eigenschaft innewohnt, die Abwehrkräfte des Organismus zu erregen und damit seine natürliche Tendenz zur Selbstheilung zu stärken (Felke [15], Zimmern [16], Kromayer [17]). Diese Eigenschaft aber ist kein Monopol Antilueticorum, welche als „Specifika" anerkannt sind. In der Eigenschaft als Reizmittel ist in der Syphilotherapie eine ganze Reihe „nicht spezifischer" Substanzen berufen, sowohl Proteinkörper als solche albuminfreie, z. B. Yatren (Jod-oxy-chinolin-Sulfosäure). Höchst wahrscheinlich hat jedes seine bestimmten Eigentümlichkeiten, womöglich auch elektive Eigenschaften (Yatren-Mesenchym) und hat seinen Aktionsradius (Heining und Keutzer [18]).

Das Rätsel ihrer glänzenden therapeutischen Wirkung nur durch die Wirkung des Wismut zu lösen suchen bei solchen komplizierten Verbindungen wie Cutren und Neo-Cutren, ist unmöglich, und zwar schon deswegen, weil bei unserem Dosieren, letzteres (Bi) in relativ minimalen Quantitäten eingeführt wurde.

(0,036—0,038 per 1 ccm Cutren und 0,027 per 1 ccm Neo-Cutren.)

Die energischere Wirkung auf klinische Erscheinungen des Neo-Cutrens als die des Cutrens (öfters selbst bei gleicher Dosierung der Substanz) besteht für uns zweifellos und muß nicht nur dem Wismutsalizylat, sondern auch dem Kupfer-Aktivator zugeschrieben werden.

Die therapeutische Wirkungsstärke der Cutrene (I, II) hängt von der Ortho-oxy-chinolin-Sulfosäure und deren Jodverbindung Yatren ab.

Letzteres versuchte Kötschau (19) noch im Jahre 1922 als Aktivator für die Salvarsane auszunutzen (Mischspritz). Indessen ist es vollkommen zulässig, daß der hohe therapeutische Wert des Cutrens eine Synergiefolge des Wismut und des Yatren darstellt, worin das letztere als völlig selbständiges Agens wirkt.

Literatur.

1. G. Giemsa, Derm. W. 1923, Nr. 24; Kl. W. 1923, Nr. 27. — 2. A. Pasini, Il bismuto nella cura della sifilide. Zbl. f. H. u. Geschlechtskrkh., Bd. 12, H. 3/4, S. 209. — 3. Plaut und Mulzer, M. m. W. 1923, Nr. 16. — 4. Bernard et Duray, Ann. d. m. vénériennes 1923. S. 622. — 5. Grimme, Fortschr. d. M. 1923, Nr. 4. — 6. Erich Meyer und Meyer Bisch, Kl. W. 1923, Nr. 49. — 7. J. Dengler, Kl. W. 1924, Nr. 8. — 8. Patzschke, D. m. W. 1923, Nr. 30. — 9. Evening, Derm. W. 1923, Nr. 42. — 10. Prof. E. Neuber, Derm. W. 1924, Nr. 7. — 11. L. Kislitschenko, Medizinskaja Mysl. 1923, Nr. 9—10. — 12. Troisier, Ann. d. m. vénériennes 1923, S. 389. — 13. L. Kislitschenko, Praktitscheski Wratsch 1924, Nr. 4. — 14. Levy, Kl. W. 1924, Nr. 12. — 15. H. Felke, Arch. f. Derm., Bd. 140, H. 3; M. m. W. 1923, Nr. 20. — 16. Zimmern, Derm. W. 1923, Nr. 21. — 17. Kromayer, D. m. W. 1922, Nr. 21. — 18. E. Keining und Kreutzer, W. kl. W. 1923, Nr. 20. — 19. Kötschau, D. m. W. 1922, Nr. 31.

Digitized by Google

Die gesetzliche Regelung der Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten.

Referat[1]), erstattet von

E. Delbanco in Hamburg.

1. Berichterstatter: Jadassohn-Breslau.

Die Bestrebungen, den Kampf gegen die G.-Kr. auf eine gesetzliche Grundlage zu stellen, haben erst am Ende des Krieges nach zahlreichen Beratungen der — aus Juristen, Parlamentariern, Geistlichen, Medizinern usw. zusammengesetzten — Sachverständigen-Kommission der D.G.B.G. mit den höchsten Behörden zu einem Gesetzentwurf geführt, dessen parlamentarische Behandlung dann durch die Revolution unterbrochen wurde. Die bekannte Verordnung vom Dezember 1918, welche, der augenblicklichen Not der Demobilisierung folgend, die wichtigsten Punkte aus dem Entwurf heraushob, konnte durchgreifende Erfolge nicht zeitigen, so dankenswert sie auch war. Aber der Stein war nun einmal ins Rollen gekommen — ein neuer Gesetzentwurf wurde vom Reichsministerium des Innern eingebracht und ist, wie Ihnen bekannt, in zahlreichen Sitzungen des bevölkerungspolitischen Ausschusses durchberaten, vielfach geändert und dann im Sommer 1923 dem Plenum vorgelegt worden. Er ist dort angenommen, vom Reichsrat aber zurückgewiesen worden, weil finanzielle Schwierigkeiten nicht überwunden waren und weil im Plenum eine schwerwiegende, dem Reichsrat nicht annehmbar scheinende Änderung vorgenommen worden ist, auf die ich später noch zurückkomme.

Unter diesen Umständen habe ich es mit ganz besonderer Freude begrüßt, daß eine Gesellschaft von der Bedeutung des Deutschen Vereins für öffentliche Gesundheitspflege dieses Thema auf ihre Tagesordnung gesetzt hat.

Es ist mir ganz klar, daß ich eine wirklich auch nur einigermaßen umfassende Darstellung im Rahmen dieses Referats nicht geben kann. Ich werde diejenigen Punkte, von denen ich am ehesten glaube, daß sie zu einer Diskussion Anlaß geben können, unterstreichen, andere nur andeuten, vor allem aber auf eine historische Darstellung des ganzen Kampfes und auf Vergleiche mit anderen Ländern verzichten müssen — so interessant und dankbar das auch wäre.

Drei Standpunkte findet man in den zahlreichen Diskussionen über unseren Gegenstand vertreten. Der erste ist der aller derjenigen, welche einen gegen die G.-Kr. gerichteten Kampf von vornherein als aussichtslos be- und daher verurteilen. Sie meinen etwa, daß, solange die Menschen nicht Übermenschen sind, der extramatrimonielle Verkehr, die Prostitution und die G.-Kr. notwendige Übel sind. Sie weisen auf die Erfolglosigkeit aller, auch der drakonischsten Bestimmungen und der modernsten Bestrebungen hin. Gegen diesen Standpunkt mit Argumenten zu streiten, ist fruchtlos. Wir können glauben, jedoch nicht beweisen, daß es ohne den bisherigen Kampf noch viel schlimmer wäre. Aber auch der Hygieniker, der das nicht glaubt, wird nicht die Hände in den Schoß legen und tatenlos dem Unheil seinen Weg lassen; denn zur Hygiene gehört nun einmal Optimismus.

Eine zweite Gruppe meint, daß von einer gesetzlichen Bekämpfung nichts zu erwarten ist, daß wir uns auf diejenigen Methoden beschränken müssen, welche mehr indirekt wirken, wie Aufklärung, Erziehung zum speziell sexuellen Verantwortlichkeitsgefühl, Kampf gegen den Alkoholismus, gegen die schlechte Literatur und Kunst, gegen das Wohnungselend, Förderung des Sports, der Behandlungsmöglichkeiten usw. usw. Die gesetzlichen Bestimmungen hätten immer versagt. Gewiß ist ohne weiteres zuzugeben,

[1]) Das Referat wurde angefertigt nach dem offiziellen Bericht über die Verhandlungen der 45. Jahresversammlung des Deutschen Vereins für öffentliche Gesundheitspflege vom 22.—24. Mai 1924 zu Hamburg, abgedruckt in der Deutschen Zeitschrift für öffentliche Gesundheitspflege (1924, 1. Jahrg., H. 1 u. 2). Mit gütiger Erlaubnis von Schriftleitung und Verlag wurde das Jadassohnsche Referat fast ungekürzt übernommen. Der Vortrag sollte als Grundlage für belehrende Vorträge über das Gesetz, die zu Propagandazwecken sehr notwendig wären, dienen. Zu diesem Ende dürfte das vorerwähnte geschätzte Organ zu wenig in unseren Fachkreisen gelesen werden. D.

Digitized by Google

daß alle diese Bestrebungen mehr als jedes Gesetz an den Grundlagen des Übels angreifen, daß sie das Terrain, auf dem die venerischen Krankheiten gedeihen, umzugestalten bestimmt sind. Keiner, der auf unserem Gebiet arbeiten will, darf diese Kampfmethoden vernachlässigen. Manche von ihnen könnten auch auf gesetzliche Basis gestellt werden, wie die Belehrungen der Schuljugend, der Studierenden, namentlich der zukünftigen Lehrer, Geistlichen und Juristen in überall zu haltenden Kollegs usw. Manche nicht unmittelbar die G.-Kr. betreffende gesetzliche Verbesserung (z. B. Wohnungs- und Alkoholfrage) würde auch für unser Gebiet von wesentlichster Bedeutung sein.

Die Dritten — und zu ihnen gehöre auch ich — sind der Überzeugung, daß all das zu langsam wirkt, daß weder die Religion noch die Moral, noch die Belehrung über die venerischen Krankheiten bisher genügt haben, um den überwiegenden Teil der Unverheirateten zur sexuellen Enthaltung bis zur Ehe, um alle Verheirateten zur strengen Monogamie zu erziehen und um auch nur die Mehrzahl der venerischen Kranken zur frühen und konsequenten Behandlung zu veranlassen. Wir meinen, das könnte nur in unendlich langer Zeit gelingen. Die Hygiene aber ist eine ungeduldige Wissenschaft. Sie will Erfolge in unserer und den nächsten Generationen sehen. Diese letzte Auffassung wünscht neben den eben angedeuteten wichtigsten Methoden gesetzliche Verordnungen.

Daß unser Recht zur Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten wenig geleistet hat, ist ohne weiteres zuzugeben. Aus natürlichen Gründen hat das bisherige Strafgesetz hier versagt, denn schon der Tatbestand der durch eine bestimmte Person erfolgten Ansteckung ist meist nicht sicher festzustellen. Die Reglementierung der Prostitution hat vielleicht zu manchen Zeiten und an manchen Orten einen günstigen Einfluß ausgeübt — sie hat sich aber weder der ethischen noch der sozialen, noch der medizinischen Entwicklung anpassen können. Ich komme darauf noch zurück. Auch in die allgemeine Seuchengesetzgebung haben sich die Bestimmungen über die ansteckenden G.-Kr. wegen deren Eigenart nicht einfügen lassen.

So sind denn schon seit mehr als zwei Jahrzehnten Bestrebungen im Gange, welche für die ansteckenden G.-Kr. besondere gesetzliche Maßnahmen verlangen. In einzelnen Staaten, wie besonders in den skandinavischen, sind solche Gesetze schon seit einiger Zeit in Geltung, in anderen, wie in der Tschechoslowakei, erst seit kurzem, in anderen werden sie, wie in Deutschland, vorbereitet. Soweit ich sehe, sind jetzt wohl die allermeisten, welche sich mit dieser Frage beschäftigt haben, zu der Überzeugung gekommen, daß eine Zusammenfassung der hier notwendigen Bestimmungen in einem eigenen Gesetz den einzigen praktisch gangbaren Weg darstellt, der zugleich den Vorteil hat, die Aufmerksamkeit des ganzen Volkes auf dieses wichtige Gebiet zu lenken. Ein Gesetzentwurf, der praktischen Erfolg haben soll, muß verschiedene allgemeine Gesichtspunkte berücksichtigen, um überhaupt Aussicht auf Annahme im Parlament zu haben und um Irrtümer zu vermeiden, welche seine Wirksamkeit von vornherein in Frage stellen würden. Er muß dem Rechtsempfinden der überwiegenden Majorität des Volkes entsprechen, und er muß sich auf das beschränken, was gesetzlich geregelt werden kann.

Die Ausbreitung der G.-Kr. hängt aufs innigste mit den verschiedensten Gebieten des menschlichen Lebens zusammen. Über den extramatrimoniellen Verkehr, der im Mittelpunkt der ganzen Frage steht, sind die Anschauungen außerordentlich verschieden — mit Strafandrohungen hat man nie etwas gegen ihn erreicht. Der Staat ist nach der Überzeugung aller, die von der Bedeutung der modernen Hygiene durchdrungen sind, verpflichtet, auch die venerischen Krankheiten zu bekämpfen; aber er kann sich dabei nicht auf den Standpunkt einer bestimmten moralischen oder religiösen Anschauung stellen; sonst würde er mit unüberwindlichen Widerständen und mit einem vollständigen Fehlschlag zu rechnen haben. Ein Gesetz zur Bekämpfung der G.-Kr. kann nur auf dem Boden der wissenschaftlichen Hygiene stehen, wie diese auch die Grundlage zur Bekämpfung aller anderen Seuchen gebildet hat und bilden muß. Selbstverständlich bedarf jede Infektionskrankheit entsprechend ihrer Eigenart besonderer Maßnahmen. Selbstverständlich ist auch die Hygiene in steter Entwicklung begriffen, und die Gesetzgebung muß dieser folgen. In den meisten Fragen der Gesundheitspflege kann nicht eine jedem Sachverständigen genehme Form gefunden werden. Gerade bei den G.-Kr. sind solche Unstimmigkeiten in bezug auf das, was gesetzlich festgelegt werden kann und soll, besonders groß und besonders schwierig, und zwar wegen der schon angedeuteten Differenzen in bezug auf das, was von ethischen und wissenschaftlichen Anschauungen fixierbar ist.

Digitized by Google

Bei der Konzeption eines solchen Gesetzentwurfes wird also von Konzessionen nicht abgesehen werden können. Je strenger die durch die Hygiene im engeren Sinne gesteckten Grenzen innegehalten werden, um so eher sollte es möglich sein, die Zustimmung des Parlaments zu finden und dann auch dasjenige Verständnis im Volk, welches gerade bei der Durchführung eines solchen Gesetzes unentbehrlich ist.

Von diesem Standpunkt aus möchte ich Ihnen die Punkte vorführen, welche einer gesetzlichen Regelung bedürftig und fähig sind. Es ist dabei für unseren heutigen Zweck wohl das geeignetste, wenn ich mich an den neuen deutschen Gesetzentwurf halte. Er ist aus sehr langdauernden Beratungen hervorgegangen. In dem bevölkerungspolitischen Ausschuß sind die verschiedensten Standpunkte zur Geltung gekommen; das Resultat im Reichstag und Reichsrat beweist, daß mit Ausnahme des einen schon erwähnten Punktes dieser Entwurf doch im wesentlichen das zusammengefaßt hat, was zur Zeit in Deutschland erreichbar ist. Selbstverständlich würden nach der Annahme dieses Entwurfs Ausführungsbestimmungen notwendig sein, welche viele Einzelheiten regeln. Aber es wäre sehr zu bedauern, wenn es im neuen Reichstag nicht gelänge, die Annahme des Entwurfs, wenigstens im wesentlichen so, wie er vor den letzten gebracht worden ist, zu erreichen. Wenn sich jetzt von neuem prinzipielle Diskussionen erheben würden, wäre zu fürchten, daß in absehbarer Zeit etwas wirklich Brauchbares nicht zustande kommen wird. Jeder, der sich mit diesem Gesetzentwurf einverstanden erklärt hat, hat an dem einen oder an dem anderen Punkte Konzessionen gemacht. Wir müssen hoffen, daß sich die dabei zutage getretene Fähigkeit des Einzelnen, auch Opfer in der Überzeugung zugunsten des Ganzen zu bringen, weiterhin betätigen wird.

Ich würde es nicht für praktisch halten, wenn ich den Gesetzentwurf mit seinen 16 Paragraphen vor Ihnen eingehend erörtern wollte. Ich möchte vielmehr mit Übergehung mancher Einzelheiten gleichsam den Bauplan dieses ganzen Gesetzesgebildes vor Ihnen erstehen lassen.

Die Grundlage stellt, wie gesagt, die Überzeugung dar, daß die gesetzliche Bekämpfung der G.-Kr. eine hygienische sein muß. Sie muß angreifen an den Ansteckungsquellen; diese sind die mit diesen Krankheiten behafteten Menschen in ihrem ansteckenden Stadium. Diese Ansteckungsquellen können nicht verstopft werden dadurch, daß man die Patienten aus der Bevölkerung herauszieht und isoliert; dazu sind die Krankheiten viel zu verbreitet und viel zu schwer zu erfassen. Sie heißen nicht mit Unrecht noch immer die „geheimen", nicht bloß, weil sie den Trägern selbst oft lange Zeit verborgen bleiben, sondern auch, weil sie in der Mehrzahl der Fälle lange geheim gehalten werden können und weil die Erkrankten bei den jetzigen Anschauungen weiter Kreise des Volkes ein Interesse daran haben, sie geheim zu halten. Die Patienten haben aber auch oft aus Leichtsinn und mangelhafter Einsicht nicht die Energie, ihre Krankheiten bis zur Aufhebung der Ansteckungsgefährlichkeit[1]) behandeln zu lassen, um sich selbst vor den späteren Folgen und ihre Mitmenschen vor der Ansteckung zu schützen.

Aus dieser Eigenart der G.-Kr. resultiert, daß ein gesetzlicher Zwang der Patienten, sich behandeln zu lassen, leider nicht ausgesprochen werden konnte — es wäre das eine stumpfe Waffe. die gerade in den ansteckungsgefährlichsten Fällen (junge Mädchen, die von ihrer Krankheit nichts wissen und oft auch nichts wissen können) versagen würde. Das Gesetz hat sich daher darauf beschränkt (§ 2), die Verpflichtung zur Behandlung zu proklamieren.

Die einzige Methode, welche auf breiter Basis die Ansteckungsgefahr vermindern kann, ist die Auffindung möglichst vieler Ansteckender, bei denen die Gefahr der Verbreitung zu befürchten ist, und ihre Sanierung, zum mindesten bis zur Aufhebung ihrer Ansteckungsgefährlichkeit.

Die Auffindung der Kranken ist der schwierigste Punkt. Bisher hat man sich in Deutschland mit der — aus natürlichen Gründen sehr geringen — Zahl der der Ansteckungsverbreitung Verdächtigen und mit der Reglementierung der Prostituierten begnügt. Was die letztere angeht, so hat dieses System so sehr versagt, daß es im Parlament und — wie ich hinzufüge, auch in der internationalen Literatur — kaum noch Verteidiger gefunden hat — in den erwähnten modernen Gesetzen ist es ausgemerzt.

---

[1]) Ich brauche schon seit langer Zeit den Ausdruck „Ansteckungsgefährlichkeit" statt Ansteckungsfähigkeit, weil die letztere mit absoluter Sicherheit nicht ausgeschlossen werden kann. Es genügt aber, für die praktischen Zwecke die Gefahr nach ärztlichem Ermessen auszuschalten.

Digitized by Google

Ich will hier von einer ausführlichen Diskussion der Frage absehen, wie weit die ethischen Bedenken, der Kampf gegen die doppelte Moral, das Elend, in das die Listeneintragung eine Unzahl von Mädchen unfehlbar versinken läßt, endlich der prinzipielle Widerstand der meisten Frauen Berücksichtigung finden müssen. Mir scheint, daß das Empfinden der weitesten Kreise auch in Deutschland jede Reglementierung im eigentlichen Sinne von vornherein ablehnt. Was uns vom hygienischen Standpunkt aus am meisten interessiert, ist die auch unter den Medizinern immer allgemeiner gewordene Überzeugung, daß die Reglementierung ihren Hauptzweck, die Verminderung der Ansteckungen, nicht erreicht hat. In der Tat hat sich gezeigt, daß die Einschreibung und regelmäßige Untersuchung der Prostituierten immer nur einen sehr kleinen Teil derjenigen Frauen erfaßt, welche die Überträgerinnen der G.-Kr. sind, daß sie die gefährlichsten — das sind die Anfängerinnen und die gelegentlichen Prostituierten — nicht trifft, daß selbst unter den Eingeschriebenen sehr viele gerade während der ansteckenden Stadien sich der Untersuchung entziehen. Demgegenüber steht die nun einmal nicht wegzuleugnende Tatsache, daß in der männlichen Bevölkerung, und zwar gerade in deren gefährdetstem, nämlich jüngstem Teil die Reglementierung ein nicht begründetes Vertrauen schafft — ärztliche Untersuchung kann keine Garantien geben —, so daß jedes Streben, Enthaltsamkeit zu erzielen, und jede Mahnung zur Vorsicht gehemmt erscheinen.

Deswegen hat auch der deutsche Gesetzentwurf mit der Reglementierung in dem alten französischen Sinne gebrochen. Das hat an manchen Stellen Bedenken erregt, aber man hat dabei nicht bedacht, daß an die Stelle dieses überlebten Systems etwas anderes, viel Wirksameres getreten ist, nämlich: die dem Staat bzw. einer Gesundheitsbehörde gegebene Befugnis, „Personen, die dringend verdächtig sind, geschlechtskrank zu sein und die G.-Kr. weiter zu verbreiten, anzuhalten, ein von einem behördlich dazu ermächtigten Arzt ausgestelltes Zeugnis über ihren Gesundheitszustand vorzulegen oder sich der Untersuchung durch einen solchen Arzt zu unterziehen. Auf Antrag des untersuchenden Arztes können solche Personen angehalten werden, wiederholt derartige Zeugnisse beizubringen“ (§ 3).

Durch diesen Paragraphen wird in der Tat ein vollständiger Ersatz für dasjenige geschaffen, was an der Reglementierung gut ist. Diejenigen, welche sich gewohnheitsmäßig prostituieren, sind immer „dringend verdächtig“, geschlechtskrank zu sein und ihre Ansteckung zu verbreiten. Sie können nicht bloß einmal, sondern immer wieder, wenn sie die Prostitution weiter treiben, untersucht werden, und wenn sie krank gefunden werden, können sie auch zur Wiederholung der Untersuchung gezwungen werden, selbst wenn sie sich nicht mehr prostituieren.

Auf der einen Seite tritt also in bezug auf die gesundheitliche Kontrolle der sogenannten eigentlichen oder öffentlichen Prostituierten keine Lücke ein, auf der anderen Seite aber können in großer Zahl auch diejenigen Frauen, welche nicht im engeren Sinne Prostituierte sind, aber einen ungeregelten Geschlechtsverkehr treiben, ferner aber auch Männer, welche wegen ihrer Lebensführung auffallen, der Untersuchung unterzogen werden. Über die Art, wie alle diese Kategorien der Gesundheitsbehörde bekannt werden können, werden die Ausführungsbestimmnngen das Nähere bringen müssen. Dabei wird eine gemeinschaftliche diskrete und doch energische Tätigkeit dieser Behörde und polizeilicher Organe nicht entbehrlich sein.

Man kann diese Vermehrung der zur Untersuchung gelangenden Geschlechtskranken nach Aufhebung der Reglementierung erreichen, weil mit der letzteren auch die Gefahr der Einschreibung, d. h. die offizielle Degradierung wegfällt. Wenn, wie es die Absicht des Gesetzes ist, die Zeugnisse an ein Gesundheitsamt, d. h. nicht an die Polizei gelangen, so fällt — solange der Angezeigte den Verordnungen eines solchen Amtes folgt — die Gefahr der einmaligen oder wenigstens der wiederholten Berührung mit der Polizei fort. An Stelle des polizeilichen Zwanges tritt die gesundheitliche Fürsorge. In der Gesundheitsbehörde soll ärztliche, und zwar besonders syphilidologische und psychiatrische Arbeit in Verbindung mit sozialer und moralischer Fürsorge geleistet werden. Ärzte und Frauen werden in ihnen also besonders wichtig sein.

Man hat gegen diese Erweiterung der gesundheitlichen Aufsicht besonders opponiert, weil man annahm, daß durch sie der Denunziation Tür und Tor geöffnet werden würde. Dieser Einwand läßt sich sehr leicht dadurch widerlegen, daß Denunziationen bei jedem, auch bei dem bestehenden Rechtszustand möglich sind, und daß sie sich nach der Einführung solcher Bestimmungen nirgends zu irgendwie bedenklicher Höhe gehäuft haben.

Digitized by Google

In dem Gesetzentwurf ist nicht berücksichtigt die Auffindung der Infektionsquellen auf Grund von Angaben der Infizierten, wie sie z. B. in Norwegen gesetzlich festgelegt ist. Man kann über diese Maßnahme, welche erfahrungsgemäß zu vielen Falschmeldungen und damit auch zu manchen Ungelegenheiten führt, verschiedener Meinung sein. Ich persönlich bin trotz der erwähnten Einwände auch für diesen Versuch, eine größere Anzahl von Infizierenden zu entdecken.

Eine weitere Auffindung von Infektionsquellen wird ferner auch durch die weiterhin zu besprechende ärztliche Meldung derjenigen Kranken, welche sich vorzeitig der Behandlung entziehen, ermöglicht.

Die Entdeckung der venerisch Kranken würde aber naturgemäß keine praktische Bedeutung für die Verminderung der Krankheiten haben, wenn nichts dazu geschähe, um ihre Ansteckungsgefährlichkeit zu beseitigen. Zu dem freien Willen der Kranken, sich behandeln zu lassen, kann man keineswegs Vertrauen haben. Gerade unter den venerisch Kranken finden sich viele, die aus Leichtsinn und Indifferenz, aus ihrer a- oder antisozialen Individualität heraus sich nicht um ihre Behandlung kümmern. Es war daher notwendig zu bestimmen, daß „Personen, die geschlechtskrank und verdächtig sind, die G.-Kr. weiter zu verbreiten, einem Heilverfahren unterworfen, auch in ein Krankenhaus gebracht werden können, wenn dies zur Verhütung der Ausbreitung der Krankheit erforderlich erscheint".

Es ist natürlich eine Unmöglichkeit, alle ansteckend Geschlechtskranken bis zur Aufhebung ihrer Ansteckungsgefährlichkeit zu isolieren. Für die ansteckenden Prostituierten, welche nur aus der Prostitution ihren Lebensunterhalt beziehen und daher, solange sie nicht hospitalisiert sind, sich weiter prostituieren müssen, besteht aber diese Möglichkeit auch nach dem neuen Gesetzentwurf. Auf diese Weise ist für Männer und Frauen, welche die G.-Kr. verbreiten, die Möglichkeit gesichert, sie einer Behandlung zuzuführen. Zwang soll nur dann eintreten, wenn er im Interesse der Volksgesundheit notwendig ist, wenn die Anweisungen der Gesundheitsbehörde nicht befolgt werden. So wird das Bedürfnis berücksichtigt, auf diesem ganz besonders delikaten Gebiet alle Eingriffe in die persönliche Freiheit zu vermeiden, welche nicht unbedingt erforderlich sind.

(Fortsetzung folgt.)

Referatenteil

redigiert von Dr. Marie Unna, Hamburg-Bergedorf.

Fachzeitschriften.

Annales de Dermatologie et de Syphiligraphie.

1924, Bd. 5, Nr. 8—9.

Über Anwendung von Tuberkulin in der Dermatologie (L'emploi de la tuberculine en dermatologie), von Jeanselme und Burnier. S. 449. Nach historischer Übersicht über Tuberkulin Koch und Besprechung der neueren Tuberkuline und der Art ihrer Anwendung folgt die Beschreibung von eigenen Versuchen, die seit 6 Jahren mit Tuberkulin Calmette angestellt wurden. Im ganzen wurden gute Resultate erzielt. Beginn mit $^1/_{1000}$ mg, darauf 2, 5, 8 intramuskulär. Besonders gut reagierten die Tuberkulide. Kaltes Ödem am Fuß mit Keratosis pilaris rubra des Unterschenkels: 15 behandelte Fälle, davon 5 bedeutend gebessert mit 5—8 Injektionen, 10 Heilungen mit 4—11 Injektionen. Erythema induratum: 8 nicht ulzerierte Fälle ergaben 8 Heilungen mit 4—8 Injektionen; 2 ulzerierte Fälle kamen mit 2—3 Injektionen zur Vernarbung Papulo-nekrotische Tuberkulide und ulzerierte Erfrierungen an Händen und Füßen: von 10 Fällen 4 bedeutend gebessert mit 6—12 Injektionen, 5 Heilungen mit 4—14 Injektionen, 1 Mißerfolg. Aknitis: 3 Fälle mit 3 Heilungen mit 15—20 Injektionen, leider aber Rezidive im nächsten Jahr. Parapsoriasis: 2 Fälle mit Tuberkulin und Novarsenobenzol behandelt, einmal gute Besserung, einmal kein Erfolg. Bei Lupus vulgaris keine Erfolge,

Digitized by Google

dagegen wurden 2 ulzerierte tuberkulöse Gummata mit schönem Resultat behandelt. Tuberkulide, die im Frühjahr in Behandlung kamen, sind in diese Statistik nicht aufgeführt, sondern nur solche, die im Herbst in Behandlung kamen. Bei vorsichtigem Vorgehen halten die Verff. diese Art der Therapie mit wenigen Ausnahmen für unschädlich und empfehlen ihre Methode, weil sie die Dauer der Erkrankungen abzukürzen vermögen und die ambulante Behandlung von Kranken gestatten, deren Arbeitsfähigkeit man auf diese Weise meist auch während der Behandlung erhalten kann.

Studien über die Poradenolymphitis (oder benigne, eitrige Poradenolymphitis nach Art einer Septikämie) (oder subakute Lymphogranulomatose der Inguinalgegend von Nicolas und Favre) (Etude sur la „Poradénolymphite" [ou poradénolymphite suppurée bénigne à forme septicémique] [ou lymphogranulomatose inguinale subaiguë de Nicolas et Favre]), von P. Ravaut, Boulin und Rabeau. S. 463. Die Verff. beschreiben eine Drüsenschwellung, deren Erreger bisher noch unbekannt ist. Sitz der Affektion sind meistens die Leistenbeugen, es können aber auch andere Stellen, besonders die Nackengegend befallen sein. Außer der lokalen Erscheinung beobachtet man Leber- und Milzschwellung in einzelnen Schüben teilweise mit hohem Fieber. Blutbild verändert, Zahl der roten Blutkörperchen unverändert, Leukozyten vermehrt. Als Ursachen konnten ausgeschlossen werden: Tuberkulose, Lues, Ulcus molle, Pest und ebenso Drüsenerkrankungen nach Art der Leukämie. Es muß sich um eine Infektionskrankheit handeln, da sie zum Beispiel durch geschlechtlichen Verkehr übertragen wird, in solchen Fällen sieht man als primäre Läsionen an der Eichel oder an der Vorhaut kleine flache Papeln. Autoinokulation war niemals möglich. Das Charakteristische der Erkrankung ist ein Abszeß innerhalb von Lymphdrüsen, die bis Hühnereigröße erreichen können. Die Drüse enthält dann hauptsächlich starke bindegewebige Stränge, die eine dicke Schale um einen verhältnismäßig sehr kleinen mit Eiter gefüllten Raum bilden. Die WR ist zuweilen vorübergehend positiv, doch bringt spezifische Behandlung keine Heilung. Die chirurgische Therapie schützt nicht vor Rezidiven, es kann zur Fistelbildung und starker Induration der darüberliegenden Haut kommen. Als beste Behandlung wird die Injektion von Lugolscher Lösung empfohlen, 5—10 ccm mit gleicher Menge physiologischer Kochsalzlösung verdünnt, täglich intravenös. Der häufig dabei resultierenden Obliteration der injizierten Vene kann durch Nachspülen mit physiologischer Kochsalzlösung in den meisten Fällen wirksam entgegengearbeitet werden. Die lesenswerte Abhandlung ist mit 6 Abbildungen ausgestattet und endet mit der ausführlichen Beschreibung von 23 Krankengeschichten. Die Prognose ist nach Ansicht der Verff. stets eine gute, doch wünschen sie sich noch eine längere Beobachtungszeit, um ein abschließendes Urteil fällen zu können.

Die Wassermannreaktion im Serum syphilitischer Schanker und ihre klinische Bedeutung (La réaction locale de Bordet-Wassermann sur la sérosité des chancres au point de vue de la clinique), von J. May, Derm. Polikl. Hosp. Maciel, Montevideo. S. 513. Gewinnung des Materials: Waschen des Schankers mit destilliertem Wasser, darauf mit physiologischer Kochsalzlösung. Skarifikation des Schankers, aufsaugen mit Pipette, 0,1 des mit Blut vermischten Serum werden mit 0,4 physiologischer Kochsalzlösung verdünnt, zentrifugiert und dann je 0,25 abpipettiert, einmal für WR, einmal für Kontrollröhrchen. Nach Untersuchung von 107 Fällen stellte Verf. fest: 1. Die lokale Seroreaktion ist diagnostisch brauchbar in Fällen, bei denen keine Spirochäten zu finden sind und bei denen die Blut-WR noch negativ ist. 2. Eine lokale positive Reaktion mit negativem Erfolg, Spirochäten nachzuweisen, und negative Blut-WR ist nach Ansicht des Verf. ein ausreichender Grund, eine Abortivbehandlung zu beginnen, wenn die noch einmal angestellte lokale WR wieder positiv ausfällt, auch dann, wenn wiederum keine Spirochäten gefunden werden und die Blut-WR negativ ist. 3. Negative lokale WR mit vergeblichen Versuchen, Spirochäten festzustellen, schließt die Diagnose Lues nicht mit absoluter Sicherheit aus. 4. Die lokale WR ist schon einige Tage vor dem Auftreten einer positiven Reaktion im Blute positiv.

Die Meinickesche Reaktion (La réaction de Meinicke), von A. Starobinsky und L. Weyl, Labor. Derm. Kl. Genf. S. 519. Nach Anweisung zur Herstellung des „Antigens" und der Beschreibung der Technik legen die Verff. ihre Resultate vor. Die Ablesung kann bei stark positiven Seren sofort vorgenommen werden, doch wird empfohlen, die endgültige Ablesung erst nach 24—28 Stunden vorzunehmen. Die gewonnenen Resultate basieren auf der Untersuchung von 548 Sera. Übereinstimmung der Reaktion mit Wassermann in 95,3% der Fälle. Bei 2 Schankern, 10—33 Tage alt, war MR negativ, während WR schon positiv war. Bei Lues II ergab sich eine Differenz nur

Digitized by Google

in 2 Fällen (bei behandelten Patienten), das eine Mal war WR, das andere Mal MR negativ. Bei Lues III, 3 Fälle, war WR negativ, MR positiv. Die MR entspricht den Anforderungen, die man an eine Seroreaktion stellen muß, was die Spezifität und die Empfindlichkeit betrifft. Vom praktischen Standpunkt wird empfohlen, MR neben WR als Kontrolle und Vervollständigung der Seroreaktion zu machen. Die Einfachheit der Technik bei sehr zufriedenstellenden Resultaten erlaubt bei Verhältnissen, unter denen WR nicht gemacht werden kann, MR allein anzustellen, z. B. in den Tropen.

Ein Nävuskarzinom vergesellschaftet mit Hornkugeln-Epitheliom (Naevocarcinome et épithélioma corné), von L. Chatellier, Derm. Kl. Toulouse. S. 525. Es wird darauf hingewiesen, daß der epitheliale Ursprung der Nävuszellen von der Mehrzahl der Autoren seit Unnas Arbeiten zugegeben wird. Während im allgemeinen die über den Nävuszellen liegende Haut unverändert bleibt, auch wenn der Nävus die Charakteristika einer malignen Entartung annimmt, fand der Verf. einen Fall, wo ein Tumor gleichzeitig aus Nävokarzinom und einem Epithelioma spinozellulare mit Hornkugeln bestand. 48jähr. Pat. von gutem Allgemeinzustand hat an der linken Bauchseite, 4 Finger breit seitlich vom Nabel einen nußgroßen, stark pigmentierten Tumor, der aus einem angeborenen Nävus hervorgegangen war. Ulzerierte Oberfläche, die zu Blutungen neigt. Keine Drüsenschwellungen, keine Metastasen. Bei der Exstirpation zeigt sich, daß sich der Tumor bis auf die Faszie der Bauchmuskel erstreckt. Histologischer Befund: Pigmentnävus, der karzinomatös geworden ist, und ein spinozelluläres Epitheliom mit Hornkugeln, beide außerordentlich innig untereinander vermischt.

J. F. Baar-Bad Kreuznach.

The Urologic and Cutaneous Review.

September 1924, Bd. 28, Nr. 9.

Einige ungewöhnliche Ursachen des Verschlusses der Urethra posterior (Some Uncommon Causes of Posterior Urethral Obstruction), von W. K. Irwin-London. S. 511—512. Als solche werden besprochen: aus der Blase oder den Nieren stammende Steine (Diagnose: Palpation, metallisches Geräusch beim Passieren einer Sonde, Urethroskopie, Röntgen; Therapie: wenn möglich, Zurückschieben in die Blase, falls es nicht gelingt, Urethrotomia externa); Stücke von Neubildungen oder gestielte, zottige Geschwulst (Diagnose: Anamnese, Urethroskopie, Zystoskopie; Therapie: Diathermie, Operation); kongenitale Kontrakturen des Sphincter int. (Diagnose: Sonde; Therapie: Dilatator); kongenitale Klappen des prostatischen Harnröhrenabschnittes (Diagnose: Bestehen seit der Kindheit, Retention mit Harnträufeln, bisweilen sehr geringer Strahl und Pollakiurie; Therapie: Dilatation, Urethrotomia int., am besten jedoch Operation auf suprapubischem Wege); Prostatazysten, die sich in den Harnröhrenkanal erstrecken (Diagnose: Urethroskopie, Zystoskopie, Rektaluntersuchung; Therapie: Operation); kleine fibröse Prostata (Diagnose: Pollakiurie bei Tag und Nacht außer in den ersten paar Stunden der Ruhe, Harnstrahl sehr schwach, bisweilen nur Tröpfeln; Therapie: Versuch mit starken Metallsonden, perineale Prostatomie oder Prostatektomie); Narbenkontraktion nach suprapubischer Prostatektomie (Therapie: Operation).

Neuere Beobachtungen über die Wassermann-Reaktion (Recent Observations on the Wassermann Reaction), von Benjamin A. Thomas und F. G. Harrison-Philadelphia, Pa. S. 513—514. Kurzer Literaturbericht. Hinweis auf die Notwendigkeit des ständigen Zusammenarbeitens von Kliniker und Serologen.

Gefahren des Salvarsans (Dangers of Salvarsan), von Alexander Hamilton Peacock-Seattle, Wash. S. 514—516. Zwei mit Petechien und Schleimhautblutungen letal verlaufene Fälle. Tertiäre Syphilis, bei beiden vorher gleiches Präparat anstandslos vertragen.

Fibrose der Glomeruli bei chronischer Nephritis (Fibrosis of the Glomeruli in Chronic Nephritis), von Louis A. Turley-Oklahoma City, Okla. S. 516—517. Es werden vier Typen unterschieden, die miteinander vermischt sein können: extra-perikapsuläre, intra-kapsuläre, inter-kapilläre, glomerulo-kapsuläre Fibrosis. Die Ursachen für diese Prozesse sind nicht recht klar; mit einer gewissen Wahrscheinlichkeit kann man annehmen, daß ein Stoff bei der Eiweißabscheidung durch die Glomeruli-Epithelien während des akuten Stadiums der Nephritis fähig ist, die Entwicklung von Bindegewebe anzuregen.

Digitized by Google

Harnröhrensteine (Urolithiasis), von Charles C. Mapes-Louisville, Ky. S. 517—522. Wesentlich literarische Übersicht über Ort der Bildung, chemische Konstitution, Form und Größe, Symptome, Folgeerscheinungen, Behandlung.

Spezifische Behandlung des akuten Trippers (Acute Gonorrhoea, its Specific Treatment), von Lawrence H. Roblee-Chicago, Ill. S. 522—523. Wenn offensichtlich verschiedene Gonokokkenstämme vorhanden sind, die den verschiedenen chemischen Mitteln wachsenden Widerstand entgegensetzen, sollen zwei verschiedene Mittel abwechselnd angewendet und, wenn keine Besserung eintritt, die Kombinationen gewechselt werden.

Neuere Methoden bei der Behandlung der Syphilis (Newer Methods in the Treatment of Syphilis), von Edward S. Pomeroy-Salt Lake City, Utah. S. 523—526. Besprochen werden Neoarsphenamine, Sulpharsphenamine und Silberarsphenamine, Merkurophon, Merkurochrome und Flumerin und als neue Präparate Tryparsamide und die Wismutpräparate. Verschiedenartige Anordnung des Heilplanes, besondere Methoden bei der Nervensyphilis (intralumbale Einspritzung des salvarsanisierten Serums). Nebenwirkungen und ihre Ursachen. Kontraindikationen gegen intensive Behandlung. Wert der frühzeitigen Diagnose, Gefahren unregelmäßiger Behandlung. Die Zuverlässigkeit der WR wird vielfach bezweifelt und ihr vorgeworfen, daß sie die Behandlung unsicher macht.

Hauterscheinungen bei Tripper (Cutaneous Complications of Gonorrhea), von Winfield Scott Pugh-New York City. S. 526—528. 1. Unterhalb und an der Innenseite der linken Brust einer an Tripper leidenden Patientin Erythem, dann Entwicklung eines Abszesses, in dessen Eiter Gonokokken. Es wird örtliche Infektion gelegentlich des zugestandenermaßen mehrfach ausgeführten Koitus inter mammas angenommen. 2. Kind mit Vulvovaginitis und Arthritis. Auftreten makulo-papulöser Flecke an der Innenseite der Schenkel nahe den Labien, auf ihnen Entwicklung von bald pustulös werdenden Bläschen, in denen Gonokokken nachweisbar. Wahrscheinlich metastatische Infektion.

Liste der Erfordernisse für Syphilis-Stationen (List of Supplies for Syphilis Ward Service), von Herman Goodman-New York, N. Y. S. 528—531.

Anne Boleyn, von C. Mac Laurin-Sydney. S. 531. Wendet sich gegen den Versuch eines kürzlich erschienenen Buches, Anna Boleyn in geschlechtlicher Beziehung reinzuwaschen.

Die Notwendigkeit regelmäßiger Untersuchung des Harn-Genitaltraktes bei der röntgenologischen Untersuchung des Magen-Darmkanales (A Plea for the Routine Examination of the Genito-Urinary Tract in Gastro-Intestinal Roentgenology), von Lester Levyn-Buffalo, N. Y. S. 532—533. Erscheinungen von seiten des Magen-Darmkanales können durch Erkrankungen des Harngenitaltraktes vorgetäuscht werden. Es ist deshalb dessen genaue Untersuchung vor Röntgenuntersuchung des Magen-Darmkanales erforderlich, weil seine Erkrankung sonst durch das zur Verwendung gelangende Barium verdeckt werden kann.

Hauterkrankungen an der Hand von Fällen (Case Histories in Dermatology), von J. Harper Blaisdell-Boston, Mass. (Schluß.) S. 533—543. Herpes zoster. Erysipel. Erysipeloid. Pompholyx. Dermatitis herpetiformis. E. Levin-Berlin.

Japanese Journal of Dermatology and Urology.

1924, Bd. 24, Nr. 1.

Über verschiedene auf den Parasympathikus wirkende Medikamente, insbesondere über ihre Wirkung auf die Urinsekretion (Influences of Various Druge, which Effect the Parasympathetic Nerve System, on the Secretion of Urine II), von K. Hamada-Osaka. S. 1. In diesem Teil der Arbeit handelt es sich um die Untersuchungen über Physostigmin, Cholin und Nikotin. Die Kurven über die Urinmengen nach Verabreichung des Medikaments sowie die gleichzeitigen Blutdruckkurven und die Untersuchungen über die Peristaltik der Ureteren lassen erkennen, daß diese parasympathisch wirksamen Medikamente wohl die Urinsekretion beeinflussen, daß aber diese Wirkung als eine Folgeerscheinung der Blutdruckveränderung anzusehen ist und nicht als eine direkte Einwirkung der Droge auf den sezernierenden Nierenapparat. Die Untersuchungen zeigen, daß die sekretorische Tätigkeit der Niere nicht auf direktem Wege parasympathisch innerviert wird.

Digitized by Google

Über die Abgabe von Kohlensäure- und Wasserdunst durch die Perspiratio insensibilis bei einigen Dermatosen, von I. Miyake, Derm. urol. Kl. Univ. Tokio. S. 7. Es handelt sich bei der insensiblen Hautperspiration um zweierlei Vorgänge, einen physikalischen seitens der Epidermishornschicht und des Schweißdrüsenepithels und einen physiologisch-sekretorischen durch die Tätigkeit der Schweißdrüsen. Wärmeabgabe und Perspiratio insensibilis gehen nicht miteinander parallel. Bei erhöhter Außentemperatur geht die Kohlensäureabscheidung mit der erhöhten Schweißabsonderung parallel, beim Pilokarpinschweiß ist die CO_2-Abscheidung vermindert. Die Kohlensäureabgabe und die Wasserverdunstung sind bei juckenden und exsudativen Dermatosen gesteigert. Bei sklerotisch-atrophischen Dermatosen findet man Steigerung der Wasserdunstabgabe, Verminderung der CO_2-Abgabe. Bei anderen Dermatosen wechseln die Befunde.

Vorwort zu meiner Arbeit: „Beiträge zur Geschichte der Syphilis, insbesondere über ihren Ursprung und ihre Pathologie in Ostasien (1923)", von K. Dohi-Tokio. S. 9. Siehe Derm. W., 1924, Bd. 78, S. 685.

1924, Bd. 24, Nr 2.

Über die diagnostische Bedeutung der Trichophytinreaktion, von Y. Kawasaki und Sh. Takahashi, Derm. urol. Kl. Tokio. S. 13. In fast allen Fällen von Pilzerkrankungen fiel die Trichophytinreaktion positiv aus, aber auch bei etwa 10% Nicht-Trichophytiekranker gab die Injektion ein positives Resultat. Auffallend war, daß in einem Drittel aller Leprafälle die Reaktion auch positiv ausfiel, zum Teil kam es hier sogar an den makulösen oder anästhetischen Stellen zu heftigen urtikariellen Erscheinungen.

La plej simpla metodo por serodiagnozo de sifiliso, von Murata Masataka. S. 14. (Esperanto.)

Dermato-urologische Gesellschaft Nagasaki.

31. Januar 1924.

G. Tateishi: **Über Meyers Nierenfunktionsprüfung mit Phenolsulphophthalein.**

B. Aoki und R. Fukamachi: **Bakteriologische Diagnose von Leprafällen.** In einigen Fällen dringen die Leprabazillen von der Haut her ein und befallen als erstes die Haarpapillen und Follikel; zum Nachweis der Bazillen in diesen Frühfällen haben die Verff. eine neue Färbemethode angegeben (im Bericht nicht angegeben).

Ou. Aoki: **Ein Fall von Lichen ruber acuminatus.** Behandlung mit Asurol und Neosalvarsan, guter Erfolg.

Dermato-urologische Gesellschaft Tokio.

9. Februar 1923.

T. Takemura: **Ein Fall von Sporotrichosis.** Von einem kleinen Tumor in der Leistenbeuge entwickelten sich im Verlauf von 10 Jahren Infiltrate bis zu Kindskopfgröße, auf Skrotum, Perineum und die Glutäen übergreifend. Aus einer Anzahl von Fisteln wurden eitrige Massen entleert. WR +++. Eine antiluetische Kur brachte keinerlei Besserung; die Probeexzision wies die Pilze nach. Völlige Heilung durch Jodpräparate.

S. Hoshi: **Zwei Fälle von Urticaria perstans.** In beiden Fällen aufgetreten im Anschluß an Wanzenstiche.

M. Itoh: **Ein Fall von Narbenkarzinom, geheilt durch Radiumbehandlung.**

M. Itoh: **Ein Fall von Oidiomycosis cutis.** Indolente, taubeneigroße, fistelnde Tumoren in der Skrotofemoralgegend, in denen sich mikroskopisch und kulturell eine Oidiumart nachweisen ließ.

M. Sasagawa: **Demonstration eines Universalurethroskops (Glinger) und einiger anderer urologischer Instrumente.**

T. Tanimura: **Ein Fall von idiopathischer Teleangiektasie.** Plötzliche Entwicklung von Teleangiektasien bei einem 11jähr. Knaben im Gesicht und am Oberschenkel.

K. Dohi: **Ein Fall von Urticaria bullo-haemorrhagica und ein Fall von Alopecia universalis mit artifizieller Gelbfärbung der Haut.**

Digitized by Google

Dermato-urologische Gesellschaft Kanazawa.

12. Februar 1923.

K. Susaki: **Ein Fall von diffuser Sklerodermie.**

M. Tagawa: **Zwei Fälle von Oedema cutis circumscriptum acutum.** In beiden Fällen handelt es sich um rezidivierende Ödeme im Gesicht, die plötzlich ohne subjektives Krankeitsgefühl auftreten und nach einigen Tagen wieder verschwinden. Quinckesches Ödem.

T. Morita: **Ein Fall von Induratis penis plastica.**

S. Mazume und S. Miyao: **Untersuchungen an giftigen Nachtfaltern.** Hinweis auf den Originalartikel.

S. Dohi: **Kryptorchismus und Polyorchidie.** Vier Fälle von Kryptorchismus und einen Fall von Polyorchidie beobachteten die Verff. in 10 Jahren. In dem letzten Fall fanden sich linksseitig drei Hoden, während die rechte Seite normal war.

Dermato-urologische Gesellschaft Niigata.

4. Februar 1923.

J. Shibukawo: **Über die Veränderungen der Serodiagnose der Syphilis.** Bei Prüfung der verschiedenen serologischen Methoden zeigten sich die neueren Methoden der Original-WR überlegen.

T. Saito: **Ein Fall von Lupus erythematosus discoides.**

C. Ishida: **Gumma der Portio uteri.** Heilung nach antiluetischer Behandlung.

S. Misumi: **Ein Fall von pfeifenförmigem Blasenstein.** Operativ entfernt.

T. Takenouhi: **Über die Reaktion der Haut auf Ultraviolettstrahlen bei Hydroa vacciniforme.** Bei jeder längerdauernden Bestrahlung ließen sich an jedem Körperteil bei den Hydroapatienten Blasen erzeugen; niemals jedoch zeigte sich ein durch das Ultraviolettlicht hervorgerufener Einfluß auf die Ausscheidung von Hämatoporphyrin.

W. Onozuko: **Ein Fall von Hodensarkom und Totalkastration.**

A. Takahashi: **Über Kapillarmikroskopie.**

Dermato-urologische Gesellschaft Osaka.

6. Mai 1923.

T. Kozuma: **Ein Fall von Basalzellenkrebs.** Ulzeriorter Tumor an der Nasenspitze bei einer 20jähr. Frau.

T. Kosuma: **Über Muxatas Serodiagnose der Syphilis.** Vorteile der Muxataschen Methode gegenüber der Original-WR.

S. Sacro: **Ein Fall von Pityriasis rosea mit Impetigo.**

K. Nishiwaki: **Ein Fall von Dupuytrenscher Kontraktur.** Sämtliche Finger außer dem Daumen in Kontrakturstellung.

K. Sakurane: **Ein Fall von Pityriasis rotundum Toyama-Matsuura.** Als Ätiologie werden keine Pilze, sondern eine trophoneurotische Störung angenommen.

K. Sakurane: **Multiple harte Fibrome an Finger- und Zehenspitzen eines Kindes.**

Hamada: **Über den Einfluß von Pilokarpin und Atropin auf die Urinsekretion.**

Über den Einfluß von intraskrotaler Injektion von physiologischer Kochsalzlösung bei der Behandlung der Epididymitis blennorrhoica acuta. Verf. bestätigt die bisherigen günstigen Resultate.

S. Yamada: **Über Porokeratosis der Mukosa.** Die Effloreszenzen bildeten sich an der Lippe beginnend über die Wange bis zum Ohr des Pat. aus. Mikroskopisch Hyperkeratosis des Walles, in der Kutis Zellinfiltration und Bindegewebswucherung.

Ando: **Statistische Beobachtungen über das Ekzem aus der dermato-urologischen Abteilung des Osaka Kaisei-Hospitals.** Ein Fünftel aller Kranken waren Ekzemfälle, hiervon war ein Drittel Kinder im Alter bis 5 Jahren. Die Zahl der männlichen Ekzemkranken war größer als die der weiblichen. Das Ekzem trat am häufigsten im April, am seltensten im August auf. A. de Lemos-Hamburg.

Digitized by Google

Annales des Maladies Vénériennes.

1924, Jg. 19, Nr. 9.

Bemerkung über die Wirksamkeit des Natrium- und Kalium-Wismuttartarats (Trepol) in der experimentellen Syphilis, im Vergleich mit gewissen Quecksilberverbindungen, besonders mit Flumerin (Note sur l'action du tartrobismuthate de soude et de potasse (Trépol) dans la syphilis expérimentale, en comparaison avec certains produits mercuriels, spécialement avec la Flumérine), von H. Hill und H. Young-Baltimore. S. 641. Flumerin (ein Doppelnatriumsalz des Hydroxyquecksilberfluoreszins) erwies sich als sehr aktiv gegenüber der menschlichen und Kaninchensyphilis. Auffallend war das prompte Verschwinden aller Erscheinungen bei minimaler Giftigkeit des Präparats, so daß es in jeder Weise dem Trepol zum mindesten gleichwertig ist; am besten wird es intravenös in wäßriger Lösung gegeben. Die Zukunft wird erst lehren, ob die bisher angenommene Überlegenheit der Wismutpräparate über die Quecksilbersalze sich auch auf Flumerin erstreckt.

Die unheilvolle Wirkung der Arsenbenzolbehandlung auf die Tuberkulose bei den tuberkulösen Luetikern (L'action néfaste du traitement arsénobenzolique sur la tuberculose chez les syphilitiques tuberculeux), von Mouradian. S. 649. Bei 18 tuberkulösen Luetikern hat sich die Tuberkulose im Anschluß an die Arsenbenzolbehandlung verschlimmert, zum Teil in ganz rapidem Maße. Latente Tuberkulosen sind während der Behandlung erneut aufgeflackert. Im Gegensatz zum Salvarsan haben sich die Jodpräparate bei beiden Erkrankungen gut bewährt, an erster Stelle das Jodkalium. Es empfiehlt sich mit 0,20—0,30 g täglich zu beginnen und dann jeden Tag um 0,05—0,10 g zu steigen. Schließlich kann man den Kranken ruhig 1 oder 2 g täglich zuführen. Aber auch Quecksilber, besonders das Quecksilberzyanat, hat gut gewirkt, ohne die Schädlichkeit des Arsens zu besitzen. F. Landauer-Berlin.

Bulletin de la Société Française de Dermatologie et de Syphiligraphie.

Sitzung vom 10. Juli 1924.

Jeanselme: **Zum Protokoll. Über die Ausscheidung des Wismuts durch den Urin** (A propos du procès-verbal. Sur l'élimination du bismuth par les urines). J. weist auf Untersuchungen über die Wismutausscheidung hin, deren Ergebnisse von den in der vorigen Sitzung von Lacapère, Restoux und Bugeard vorgetragenen in mehreren Punkten wesentlich abweichen.

Queyrat: **Angiokeratoma Mibelli nach der Behandlung** (Angio-kératome de Mibelli [après traitement]). Bei dem in der Juni-Sitzung des vorigen Jahres vorgestellten Falle sind nach 24 in längeren Abständen vorgenommenen Kryokauterbehandlungen von 20—30 Sekunden bei einem Drucke von 2—$2^1/_2$ kg die Erscheinungen zum größten Teil geschwunden. Lortat-Jacob betrachtet die Kryotherapie als Methode der Wahl für Angiome und Naevi vasculosi. Thibièrge hat auch mit Elektrolyse bei Angiokeratomen sehr gute Erfolge erzielt. Jeanselme hält wegen der noch bestehenden zyanotischen Infiltration der Haut örtliche Tuberkulineinspritzungen für wünschenswert.

Hudelo, Cailliau und Pierrot: **Ano-rekto-vulväre Elephantiasis tuberkulösen Ursprunges bei einer syphilitischen Kranken** (Eléphantiasis ano-recto-vulvaire d'origine tuberculeuse chez une malade syphilitique). Hyperplastische Infiltration um Anus und Rektum, die zur Striktur geführt hat, kompliziert mit Elephantiasis vulvae. Obgleich die Kranke syphilitische Erscheinungen aufgewiesen hatte, spricht der histologische Befund und der sichere Nachweis von Tuberkelbazillen für den tuberkulösen Charakter der vorliegenden Erkrankung.

Hudelo und Pierrot: **Gummi des Nasenrückens mit Hansenschen Bazillen im Verlaufe einer Lepra tuberosa** (Gomme du dos du nez à bacilles de Hansen au cours d'une lèpre tuberculeuse). Unter Fiebererscheinungen hatte sich am Nasenrücken eine undeutlich fluktuierende gummöse Schwellung entwickelt, deren Punktion eine seropurulente Flüssigkeit mit Hansenschen Bazillen bei Abwesenheit anderer Mikroorganismen ergab. Es handelt sich wahrscheinlich um das Überwandern von Bazillen von der Nasenschleimhaut auf dem Lymphwege, doch ist der eitrige Charakter der Affektion, die Entwicklung unter Fiebererscheinungen, das leichte Schwinden durch einfache Punktionen eigenartig.

Digitized by Google

Hudelo, Rabut und Pierrot: **Seit 13 Jahren bestehende erythematöse zirzinäre Eruption bei einer wahrscheinlich kongenital syphilitischen jungen Frau mit positiver WR** (Eruption érythémateuse circinée datant de 13 ans, chez une jeune femme vraisemblablement hérédo-syphilitique avec séro-réactions positives). Ring- und girlandenförmige Effloreszenzen, stellenweise polyzyklische Herde oder konzentrische oder sich dachziegelartig deckende Ringe bildend, haben sich im Laufe der Jahre, ohne an den befallenen Stellen wieder zu schwinden, von den Schenkeln beginnend über den ganzen Körper mit Ausnahme des Gesichts verbreitet. Kein Jucken, keine Schuppen, keine Bläschenbildung. Der Rand der Effloreszenzen ist leicht erhaben, das Zentrum von normaler Farbe. Histologisch ist die Epidermis stellenweise atrophisch mit Hyperkeratosen, an anderen Stellen ein wenig verdickt und leicht akanthotisch; in der Kutis Zellinfiltrate von mononukleären Zellen um die Gefäße der subpapillären Schicht, an einzelnen Gefäßen Wandverdickung und Verengerung des Lumens. Im Gegensatz zu den von Darier beschriebenen annulären Erythemen hat die Affektion keinen wandernden Charakter. Duhringsche Krankheit, parasitäre Ätiologie, abnorme Form von Parapsoriasis sind auszuschließen. Die Anamnese spricht für kongenitale Syphilis, WR positiv. Ob die Erscheinungen damit im Zusammenhang stehen, soll durch den Erfolg der eingeleiteten spezifischen Behandlung beurteilt werden.

Lortat-Jacob und P. Legrain: **Fall von Parapsoriasis en gouttes mit Leukomelanodermie** (Un cas de parapsoriasis en gouttes avec leuco-mélanodermie). Die typische Parapsoriasis hat die ganze Haut mit Ausnahme des Gesichts ergriffen. Am Rumpf finden sich außerdem Pigmentflecke, die genau den Parapsoriasiseffloreszenzen folgen, mit denen sie in ihrem Umfange übereinstimmen und am Halse ein außerordentlich schön ausgebildetes Leukoderm. Diese Erscheinungen sind auf die Parapsoriasis zurückzuführen, für Syphilis bestehen keinerlei Anhaltspunkte.

Louste, Thibaut und A. Baranger: **Symmetrischer Lupus miliaris der beiden unteren Augenlider und der Stirn** (Lupus miliaires symétriques des deux paupières inférieures et du front). Histologisch Lupome mit verkästem Zentrum. Als Behandlung wird vorsichtige Zerstörung mit dem Galvanokauter in Verbindung mit Skarifikationen in Aussicht genommen.

Louste, Belot und A. Baranger: **Fall eines auf einen Lupus aufgepfropften Epithelioms, das seit mehr als 18 Monaten nach Tiefenbestrahlungen geheilt geblieben ist** (Un cas d'epithélioma greffé sur lupus maintenu guéri depuis plus de 18 mois après radiothérapie profonde). Die Tiefenbestrahlung kommt für Fälle in Betracht, in denen chirurgische Behandlung ausgeschlossen ist.

L. Hufnagel: **Tuberkulöse Gummen der Beine von syphiloidem Aussehen. Basilläre Halsdrüsenschwellung. Dermo-hypodermische Knötchen von sarkoidem Typus, bei Meerschweinchen Tuberkulose bewirkend** (Gommes tuberculeuses des jambes d'aspect syphiloide. Adénite cervicale bacillaire. Nodules dermo-hypodermiques, à type de sarcoides, tuberculisant le cobaye). Es handelt sich um eine Tuberkulose mit verschiedenen Manifestationen, vornehmlich Hautläsionen, die von den gewöhnlichen abweichen. Sehr langsame Entwicklung, im ganzen geringe Virulenz. Die Gummen am Bein sahen völlig nach Syphilis aus, das Versagen der spezifischen Behandlung und die positive Impfung wiesen auf den richtigen Weg. Milian meint doch, daß es sich um tuberkulös-syphilitische Bastardformen bei einer kongenital Syphilitischen handele.

J. Darier: **Fall von Alopecia areata mit Kanities durch Schilddrüsenbehandlung geheilt** (Cas de pélade décalvante avec canitie guéri par la médication thyroidienne). Ziemlich plötzlich hatte sich Weißwerden der Haare und diffuser Ausfall eingestellt, bis fast völliger Verlust der Kopf- und Körperhaare eingetreten war. Es waren außerdem gewisse Zeichen von Hypothyreoidismus nachweisbar. Behandlung mit Thyreoideaextrakt und Phosphorsäure führte zu wesentlichem Wiederwachsen gut gefärbter Haare, auch konnte Wiederpigmentierung ergrauter Haare beobachtet werden. Sabouraud betrachtet den Fall als einen gutartigen Fall von Alopecia areata, wenngleich hierbei der totale Haarausfall gewöhnlich mit einzelnen, dann konfluierenden runden Herden beginnt. Die Möglichkeit der Wiederpigmentierung ergrauter Haare bestätigt er, und zwar tritt die Färbung zunächst wieder an den Spitzen auf.

Sabouraud: **Chronisches papulo-zirzinäres Erythema migrans, Typus Darier** (Erythème papulo-circiné migrateur chronique: type Darier). Der vor 3 Monaten vorgestellte Fall hat sich unter Kryotherapie wesentlich gebessert, doch sind einige neue Effloreszenzen aufgetreten. Darier hält gerade im Hinblick hierauf eine Allgemeinbehandlung im Sinne einer Desensibilisierung (Autohämotherapie, Autoserotherapie) für angezeigt.

Digitized by Google

P. Moure: **Wiederherstellung der Oberlippe** (Reconstitution de la lèvre supérieure). Doppelt gestielter röhrenförmiger Stirnlappen.

E. Jeanselme und Marcel Bloch: **Adenolymphozele infolge von Filarien** (Adénolymphocèle filarienne). 14jähr. aus Guyana stammender Knabe, seit dem 8. Lebensjahre an Abszessen an der Innenseite des linken Oberschenkels leidend. Zur Zeit besteht eine Schwellung vom Umfange einer großen Orange dicht unterhalb der Plica inguinalis, in der man Knötchen von Drüsenkonsistenz bemerken kann; Drüsen der Leiste rosenkranzförmig geschwollen. In der Tiefe des Schenkels ein unregelmäßiger Strang, der zu einer ganz innen gelegenen zweiten, weicheren, mehr vaskulären als ganglionären Schwellung führt. Beim Anstechen der ersten Geschwulst entleert sich Lymphe, in der sich reichlich Mikrofilarien der Filaria Bancrofti finden. Am Bein kein Ödem, keine Hautverdickungen; die Filaria allein scheint nicht zu Elephantiasis zu führen. Zur Behandlung werden intravenöse Tartarus-stibiatus-Einspritzungen empfohlen.

A. Lévy-Franckel und Juster: **Keratodermia palmaris congenitalis mit juxtaartikulären Keratomen; Schilddrüsen- und Hodeninsuffizienz** (Kératodermie palmaire congénitale avec kératomes juxta-articulaires; insuffisance thyroidienne et testiculaire). Erscheinungen von Keratodermie fanden sich bei verschiedenen Familienangehörigen des 19jähr. Kranken. Er zeigt verschiedene endokrine Störungen: Mongolismus, Schilddrüsenkörper kaum nachweisbar, Hoden ganz klein, Skrotum in Form von Schamlippen geteilt, kindliches Glied. Außerdem ist aber auch das vegetative Nervensystem beteiligt (Hyperidrosis), eine Kombination, die bei den Keratodermien gewöhnlich ist.

Clément Simon: **Wirkung des Treparsols bei innerlicher Anwendung auf die WR im Verlaufe des Primär- und Sekundärstadiums der Syphilis** (Action du dérivé formylé de l'acide métaamino-paraoxy-phénylarsinique administré par la bouche, sur la réaction de Bordet-Wassermann, au cours des périodes primaire et secondaire de la syphilis). An der Hand zahlreicher Kurven wird dargelegt, daß die Wirkung ebenso schnell und mindestens so konstant wie die des Salvarsans und schneller als die des Wismuts ist. Zur Beurteilung der Dauer des Erfolges ist die Beobachtungszeit noch zu kurz. Unangenehme Zufälle wurden nicht beobachtet. Leredde drückt sein Erstaunen hierüber aus; die Erklärung ist wohl darin zu suchen, daß es sich um Kranke der Frühperiode handelte, die am leichtesten zu behandeln sind. Die innerliche Behandlung ist seiner Ansicht nach ebenso schwierig wie die intravenöse oder intramuskuläre, wenn man größte Energie mit größter Vorsicht verbinden will.

E. Levin-Berlin.

Mitteilungen aus der Literatur.

Strahlentherapie und Strahlenschädigung.

Erythemdosimeter zur Dosierung ultravioletter Lichtquellen, von Ph. Keller, Univ.-Hautkl. Freiburg i. Br. (Strahlenther., 1924, Bd. 17, H. 2, S. 420.) Ein für die Praxis bestimmter Erythemdosismesser, der auf Veranlassung des Verf. von der Hanauer Quarzlampengesellschaft hergestellt wird. Die theoretischen Grundlagen sind in den Arbeiten des Verf. in Bd. 16 der Strahlenther. veröffentlicht.

E. Hornemann-Lüneburg.

Das Erythemdosimeter, ein neues Photometer für Ultraviolettlichtquellen, von Ph. Keller, Univ.-Hautkl. Freiburg i. Br. (Kl. W., 1924, Nr. 37, S. 1668.) Das vom Verf. empfohlene Erythemdosimeter soll, wenn auch nach einem gewissen Schematismus, die Erythemstärke für die Bestrahlung anzeigen. Das Photometer zeigt als wichtigstes ein Photometerpapier, das in der Filteranordnung bis zur Erreichung der Normalschwärze belichtet wird. Es wird dabei die hierzu nötige Belichtungszeit gemessen. Die Schwärzungen werden mit einer Schwärzungsskala verglichen, und für praktische Zwecke wird der in der Skala abgelesene Wert noch mit einem Korrektionsfaktor multipliziert, um die Erythemdosis zu erhalten. Es muß bei alledem noch die individuelle Empfindlichkeit und besonders die im Laufe eines Bestrahlungsturnus eintretende Gewöhnung berücksichtigt werden. E. Langer-Berlin.

Über die Behandlung von Fisteln mit ultravioletten Strahlen (Du traitement des trajets fistuleux par les rayons ultraviolets), von M. Ménard u. Foubert. (Cptes.

Digitized by Google

rend. de l'acad. des sciences, 1924, Bd. 178, Nr. 15, S. 1337.) Bericht über 12 Fälle teils tuberkulöser, teils durch chirurgische Eingriffe entstandener Fisteln, die nach Bestrahlung mit ultraviolettem Licht zur Heilung gelangten. M. Gumpert-Berlin.

Über Blutregeneration durch ultraviolettes Licht bei künstlich anämisierten Tieren, von M. Levy, I. Med. Univ.-Kl. Berlin. (Strahlenther., 1924, Bd. 17, H. 2, S. 404.) Weiße Mäuse wurden durch Einspritzungen mit Phenylhydrazinlösung schwer anämisch gemacht. Durch kleine Bestrahlungen mit „Künstlicher Höhensonne" besserte sich das Blutbild in weitem Maße, im besonderen nahmen die Hg-Werte und die Zahl der Erythrozyten schnell zu, die nach 3—5 Bestrahlungen normale Werte erreichten und sie konstant behielten, auch ohne bei weiteren fortgesetzten Bestrahlungen die Norm zu überschreiten. Die Besserung des Blutbildes zeigte sich auch in besonderem Maße an dem Verschwinden der vielen zerfallenen Erythrozyten, während die Polychromasie noch längere Zeit weiter bestand. Die Leukozytenveränderungen zeigten kein konstantes Verhalten. Der Verf. nimmt an, daß die erzielten Besserungen durch direkte Beeinflussung der blutbildenden Organe verursacht werden. E. Hornemann-Lüneburg.

Zirkulationsstörungen und Hämorrhagien.

Untersuchungen über Dermographismus (Etude sur le dermographisme), von P. Vallery-Radot, J. Krief und J. Jaquemaire. (Presse méd., 1924, Nr. 48, S. 517.) Dermographismus und Urtikaria sind, obwohl sie manche Ähnlichkeiten darbieten, durch eine Anzahl wichtiger Momente (von denen Verff. 7 anführen) scharf voneinander zu unterscheiden. In bezug auf Dermographismus haben sie aus einer Reihe von Experimenten, die sie an einem ausgesprochenen Fall dieser Art vorgenommen haben und ziemlich ausführlich schildern, folgendes entnommen: Es handelt sich hierbei um zwei Faktoren, dem erythematösen und dem ödematösen. Zur Erklärung der schnell erfolgenden Rötung der Haut und der Entstehung der Gänsehaut, welche der Transsudation vorangehen, genügt die Annahme einer vasomotorischen Störung im Sympathikusgebiet. Das als nachfolgendes Phänomen zu beobachtende Ödem der gereizten Stelle deutet auf einen an den Kapillaren wirkenden mechanischen Faktor, eine Steigerung der Durchlässigkeit der Gefäßwände, denn es kommt nur nach starkem Druck und nicht nach einer nur leichten Berührung zustande. Auch kann man dessen Hervorheben durch thermische Reize (Eisbeutel, heiße Kompressen) und andere die Zirkulation behindernde Mittel (Abschnürung, Einführung von Adrenalin, Hochlagerung) deutlich beeinflussen. Demnach sind zur Entstehung des Dermographismus nötig: 1. eine vasomotorische Störung im Sympathikusgebiet, 2. eine energische mechanische Einwirkung, 3. normale lokale Blutzirkulation. A. Philippi-Bad Salzschlirf.

Über Adrenalin im Blute an „spontaner" Gangrän Erkrankter, von W. W. Ornatzky, Med. Inst. Petersburg. (Arch. f. kl. Chir., 1924, Bd. 130, H. 1/2, S. 293.) Verf. verwandte als Testobjekt für die Wirkung des Adrenalins den isolierten Darm von Säugetieren. Dieser isolierte Darm reagiert auf Adrenalin mit Tonuserschlaffung, auf Blutserum aber mit Tonussteigerung. Bei heftigem Schreck erreichten Cannon und La Paz mit dem Blut aus der Vena cava inf. der Katze eine Adrenalinhemmung. Verf. fand nun im Blute an „spontaner" Gangrän Erkrankter eine typische Adrenalinhemmung auf den isolierten Darm. Das Blut gesunder Menschen übt erst nach Zusatz von Adrenalin in einer Konzentration von 3 : 30—50 Millionen denselben Effekt auf den isolierten Darm aus, wie das Blut an „spontaner" Gangrän Erkrankter. (Verf. führt das einmal beobachtete Ausbleiben der Adrenalinhemmung trotz Anwesenheit von Adrenalin auf den Einfluß der bei der Blutentnahme entstehenden Gerinnung zurück, die technisch nicht absolut vermeidbar ist.) Ferner fand Verf., daß die Nebennierenexstirpation bei diesen Kranken die Eigenschaften des Blutes in dem Sinne ändert, daß sich das Blut in seiner Wirkung auf den Darm dem Blute gesunder Menschen nähert, was für die Nebennierentheorie bei „spontaner" Gangrän spricht. A. Rosenburg-Mannheim.

Behandlung der Varizen mit der thrombosierenden Methode. Hinzufügung von Novokain. (Auf Grundlage von 60 Fällen) (Traitement des varices par la méthode phlébosclérosante. Association novocainée. [A propos de 60 cas]), von A. Bacharach-Lyon. (Progr. méd., 1924, Nr. 33, S. 500—501.) Methode von Sicard, verändert durch höhere Dosierung und Zusatz von Novokain. Es werden in Ampullen 4 Dosierungen vorrätig gehalten: Natr. salicyl. 0,5, Novokain 0,05 : 2,0 bzw. 1,0 : 0,05 : 5,0; 2,0 : 0,05 : 10,0; 3,0 : 0,05 : 10,0. Es wurden durch eine Einspritzung Sklerosierungen auf eine Länge bis zu 0,3 cm erzielt. Kein Mißerfolg. E. Levin-Berlin.

Digitized by Google

Druckbehandlung von Stauungsgeschwüren, von G. Nobl, Hautabt. Allg. Polikl. Wien. (W. kl. W., 1924, Nr. 25, S. 544.) Verf. berichtet zusammenfassend über seine Erfahrungen bei der Behandlung von Ulcera cruris. Er ist bei der Verarbeitung seines großen Materiales zu der Überzeugung gelangt, daß die schlechte Heilungstendenz der Stauungsgeschwüre weniger durch ihren Keimgehalt, als vielmehr durch die gerade hier durch verschiedene Ursachen (Stauung) ausgelöste schlechte Granulationsbildung bedingt ist. Dabei unterscheidet er zwei Formen: die sogenannte kleingranuläre Variante der Fleischwärzchen, welche später den Ulkusboden bedeckend, die Epithelproliferation hintanhält und die viel häufigeren hydropischen Granulationslagen, sulzig gequollen, mit profuser seröser Absonderung, durch die ebenfalls eine solide Haftung vorgeschobener Epitheleinseln unmöglich wird. Besonders bei letzterer Form hatte Nobl mit der Druckbehandlung, die meist in Verbindung mit Zinkleim geübt wurde, gute Erfolge. Um einen entsprechenden Druck auszuüben, wurden Gummischwämme auf die vorher mit hydrophiler Gaze bedeckten Ulzerationen so aufgelegt, daß die Schwämmchen die Wundränder einige Millimeter überragten und der ganze Verband dann mit Kalikobinde allein oder mit Zinkleimverband befestigt. Der Gipsverband bleibt mindestens eine Woche liegen, und die Pat. können ihrem Berufe damit gut nachgehen, so daß eine ambulante Behandlung sehr gut möglich ist. Schon beim ersten Verbandwechsel kann man die Neigung zu gesunder Granulationsbildung meist feststellen, und es gelingt fast immer, in relativ kurzer Zeit die Ulzera vollkommen zur Heilung zu bringen. Histologisch zeigt sich, daß der Druck eine Umformung der pathologischen hydropischen Granulationen in normale bewirkt, indem der Druck auf die erweiterten Kapillaren gefolgt ist von einer Proliferation der Fibroblasten einerseits, des Randepithels andererseits.

F. M. Peter-Hamburg.

Thermische und traumatische Hautschädigungen.

Gefäßmechanik und Wundheilung, von W. Rieder, II. Chir. Abt. u. Physiol. Inst. Eppendorf, Hamburg. (Arch. f. kl. Chir., 1924, Bd. 130, H. 1/2, S. 360.) Auf Grund von Tierversuchen und klinischen Untersuchungen kommt Verf. zu der Ansicht, daß in der Hauptsache die Hyperämie die Wundheilung verursacht. Die sog. trophischen Störungen beruhen darauf, daß die Hyperäme ausbleibt, z. B. bei Tabes infolge Erkrankung der hinteren Wurzeln, denn aus diesen entspringen die Gefäßerweiterer. Außerdem kann sich der Körper wegen der bestehenden Asensibilität nicht schützen, da ja die Gefäßerweiterung zur Abwehr und Heilung von Infektionen notwendig ist, und die bleibt aus. Bei Arteriosklerose entsteht die trophische Störung dadurch, daß die Gefäße erkrankt sind und sich nicht mehr erweitern können. Bei Varizen kommt es nicht zum Abfluß und auch nicht zur Reizhyperämie. Hyperämie heilt, einerlei ob es Lähmungshyperämie ist (Durchschneidung des Sympathikus) oder Reizhyperämie. Die Durchschneidung des Sympathikus ist am Kopf relativ leicht, es bildet sich aber dann der Hornersche Symptomenkomplex, was unangenehm ist. Für die obere Extremität genügt die Resektion des Halssympathikus und Exstirpation des Ganglion stellatum, was topographisch schwieriger ist (z. B. als Therapie einer hochgradigen Raynaudschen Gangrän). Für das Bein käme theoretisch die Resektion des Bauchsympathikus in Betracht, beim Menschen schon an der Leiche äußerst schwierig. So geht Verf. auf die Reizhyperämie über, die er durch Dehnung des Nervus tibialis erzielt; noch bequemer sind die physikalischen Mittel Dampfstrahldusche und Föhn mit nachfolgendem Eis. „Denselben Effekt hat jeder operative Eingriff" schreibt Verf., und „darin beruhen auch die Erfolge der Lericheschen Operation". Verf. kommt nach Verwerfen jeder Operation zu der Forderung, daß die physikalische Therapie (Wechselduschen) täglich mindestens 10—12 mal ausgeführt werden sollten, was in den größeren Anstalten technisch nicht möglich ist. Die Reiztherapie (hier werden die Kapillaren weit und hart) bewirkt eine Beschleunigung der Zirkulation und ist deshalb der reinen Wärmehyperämie (die Kapillaren werden weit und weich) vorzuziehen.

A. Rosenburg-Mannheim.

Über die theoretischen Grundlagen der Wunddesinfektion, von H. Braun und R. Goldschmidt-Frankfurt a. M. (Seuchenbekämpfg., 1924, Jg. 1, H. 3/4, S. 65.) Nichts Neues. Den Verff. erscheinen Jod- und Chlorpräparate, Trypaflavin und Rivanol brauchbare Oberflächenantiseptika, die in prophylaktischer und präventiver Hinsicht gutes leisten. Ein brauchbares Tiefenantiseptikum besitzen wir noch nicht, auch nicht im Rivanol.

F. Jacobsohn-Berlin.

Digitized by Google

Zur Bakteriologie der eiternden Wunde (zu den Aufsätzen von 1. Melchior und Lubinsky und 2. Grossmann in Nr. 33 und Nr. 46/47, 1923 dieses Zentralblattes), von N. Blumenthal, II. Chir. Kl. d. I. Moskauer Staatsuniv. (Zbl. f. Chir., 1924, Nr. 34, S. 1837.) Der tamponlose Salbenverband regt in reichlichem Maße die Bildung von Granulationen an und schafft durch deren bakterizide Eigenschaften optimale Wundverhältnisse. Zwischen dem äußeren Aussehen eiternder Wunden und ihrer Bakterienflora besteht ein direktes Abhängigkeitsverhältnis. F. Landauer-Berlin.

Selbstbeschädigung der Haut- und Geschlechtsorgane bei Soldaten, zugleich ein Beitrag zur Simulation von Haut- und Geschlechtskrankheiten, II, von O. Sachs. (W. m. W., 1924, Nr. 33, S. 1707.) Selbstbeschädigungen der Haut zeigen im allgemeinen Krankheitstypen von der Art der Erytheme, Dermatitiden, Verbrennungen und Verätzungen. Sie müssen von ähnlichen und anderen in Entstehung begriffenen Erkrankungsbildern, wie z. B. beginnendem Pemphigus oder multipler neurotischer Hautgangrän und ähnlichen differential-diagnostisch sicher abgegrenzt werden. Ihre Hauptlokalisationen sind auch bei anderweitigem Sitz in erster Linie die Unterschenkel, und zwar der rechte häufiger als der linke, was sich leicht mit der Art und Weise erklären läßt, wie solche Veränderungen hervorgerufen werden. Neben chemischen Verätzungen durch Säuren und Laugen, pflanzlichen Extrakten und Pflanzen selbst kommen vor allem auch direkte Verbrennungen durch heiße Flüssigkeiten in Frage. Beliebt ist auch bei derartigen Kranken die Irritation von Wunden, besonders von Ulcera cruris durch Reiben und Scheuern mit schlecht sitzenden Blaubinden- oder Gipsverbänden, bzw. das Reizen so bedeckter Wunden durch unter die Verbände geschobene Holzstäbchen. Daher ist bei Anlegung derartiger Verbände auf gut anliegenden und abschließenden Sitz zu achten. E. Langer-Berlin.

Selbstbeschädigung der Haut- und Geschlechtsorgane bei Soldaten, zugleich ein Beitrag zur Simulation von Haut- und Geschlechtskrankheiten, III, von O. Sachs. (W. m. W., 1924, Nr. 35, S. 1815.) Anschließend an den vorhergegangenen Artikel bespricht Verf. in dem vorliegenden zunächst kurz die bei Geistes- und Nervenkranken artefiziell und spontan vielfach vorkommenden Dermatosen. Im Anschluß hieran gibt er eine Übersicht über die Erkrankungsgruppen, die eine Selbstbeschädigung vortäuschen können, es aber nicht sind. Hierher gehören 1. Erkrankungen wie Noma, Nosokomialgangrän, spontane infektiöse Hautgangrän, wie sie besonders vielfach in Form von Spontangangrän des Hodens beobachtet wurde. Auch jene Fälle von Blasenbildung durch Dysidrosis und Schuhdruck gehören hierher, wie auch atypisch verlaufende Dermatosen, die manchmal den Eindruck einer Selbstbeschädigung erwecken können, aber durch genaue anamnestische Erhebungen und klinische Untersuchung abgegrenzt werden können. 2. Jene Gruppe von Hauterkrankungen, die durch Nahrungsstoffe veranlaßt werden können, und die mit Hautverfärbungen, wie auch mit Dermatosen einhergehen. 3. Diese Gruppe liefert ein besonders großes Material, da hierher alle jene durch gewerbliche Beschäftigung erzeugten Hauterkrankungen gehören, die im Kriege und der Nachkriegszeit infolge der zur Verwendung kommenden Ersatzmittel eine besonders große Rolle spielten. Es gehören hierher alle möglichen Toxikodermien und Dermatitiden, wie auch die verschiedenen Veränderungen der Hautverfärbung, insbesondere die „Kriegsmelanose". Unter den Geschlechtskrankheiten wurde Urethritis artefiziell erzeugt meistens mit Seife, zur Erregung einer Balanitis kam Kantharidenpflaster zur Verwendung und zum artefiziellen Ulcus molle die Anwendung von Merkurchlorid. Aber auch Lues aller Stadien wurde künstlich simuliert durch Verätzung mit allen möglichen Stoffen. Zur Erzeugung einer spezifischen Urethritis werden häufig Gonokokken von einem auf den anderen übertragen. Hervorzuheben verdient auch die Vortäuschung einer Epididymitis durch Injektion von Paraffin unter die Skrotalhaut. Bei der Lues muß zur Aufdeckung der Simulation in erster Linie der dauernd negative Spirochätenbefund berücksichtigt werden. E. Langer-Berlin.

Bullöse Dermatosen.

Über Blasenausschläge im Säuglingsalter, von R. Fischl, Dtsch. Univ.-Kinderkl. in der Landesfindelanstalt in Prag. (M. Kl., 1924, Nr. 37, S. 1279—1281.) Abgesehen von den gewöhnlichen, allgemein bekannten, mit Blasenbildung einhergehenden Hautaffektionen der frühesten Lebenszeit gibt es noch andere, in das System nicht sicher einzuordnende Prozesse. Dazu gehört zunächst die große Gruppe der Staphylomykosen, bei denen die Eiterung sich in den oberen Hautschichten abspielen oder in die Subkutis hinabsteigen kann; sie können nach den — sich übrigens auch kombinierenden — Einzel-

Digitized by Google

typen in vesikulöse, bullöse, ekthymatöse, phlegmonöse gesondert werden. Sie gedeihen oft auf dem Boden von Ernährungsstörungen oder der Lues congenita. Als höchster Grad dieser Prozesse kann die Dermatitis exfoliativa Ritter betrachtet werden. Ätiologisch fanden sich besonders Staphylo- und Streptokokken, vereinzelt Pyozyaneus. Auf anderer Ätiologie beruhen Blasenausschläge bei durch Soorpilz verursachten Hautentzündungen, bei Impetigo contagiosa, bei Kombination von Urtikaria und Staphylomykose. Sehr selten ist im frühen Alter die bullöse Form des Strophulus. Als Unikum wird ein Fall beschrieben, in dem bei profuser Schweißbildung infolge hohen Fiebers an Stirn und oberer Hälfte des Stammes Ausschlag aus dichtstehenden Bläschen aufgetreten war. E. Levin-Berlin.

Follikulitis, Furunkel, Akne.

Erwiderung auf den Aufsatz „Die Behandlung der Furunkel und Karbunkel" von W. Horn, 20. Jg., Nr. 24, S. 728ff. dieser Zeitschrift, von H. Rauschning-Hammerstein. (Zschr. f. ärztl. Fortbild., 1924, Nr. 12, S. 360.) Verf. verteidigt die Saugglockenbehandlung und Stauungshyperämie bei Furunkeln und Karbunkeln, von der er jahrelang gute Erfolge gesehen hat. M. Gumpert-Berlin.

Röntgenbestrahlung bei der Behandlung von Karbunkeln und anderen Infektionen (The Roentgen Ray in the Treatment of Carbuncles and Other Infections), von F. M. Hodges-Richmond, Virginia. (Am. J. Roentgenol., 1924, Bd. 11, Nr. 5, S. 442.) Verf. behandelt seit vielen Jahren mit Erfolg Karbunkel mit Rüntgenstrahlen, besonders schwere, ulzerierende Fälle. Einmalige Bestrahlung 4 ma., 5 Min mit 9 mm Aluminiumfilter in 9 cm Entfernung. Bei beginnender Erweichung ist eine kleine Inzision zu machen. Schnelle Schmerzlinderung, geringe Narbenbildung, Verschwinden der sekundären Lymphangitis, Abkürzung der Krankheitsdauer, Verhütung des Weiterschreitens. L. Gumpert-Blaschko-Berlin.

Sarcina pyogenes aurantiaca, ein menschenpathogener Keim, von W. Robitschek, Path. Inst. Krkhs. Wieden in Wien. (W. kl. W., 1924, Nr. 26, S. 646.) In dem Eiter einer ausgedehnten Phlegmone der linken Brustseite bei einem 60jähr. Manne fand Verf. außer Leukozyten ausschließlich Sarzinen. Der an weißen Mäusen mit der Kultur angestellte Tierversuch ist positiv, die Tiere kommen ad exitum, im Ausstrich ihres Herzblutes und des Eiters vom Abszeß an der Injektionsstelle sind wiederum ausschließlich und massenhaft Sarzinen. Kulturell gleicht die gefundene Sarzine am meisten der Sarcina aurantiaca. Ob sie nun von der Sarcina aurantiaca zu trennen ist, oder eine pathogene Abart von ihr darstellt, läßt Verf. offen, benennt die gefundene aber um ihre Eigenschaften zu charaktersieren, Sarcina pyogenes aurantiaca.
F. M. Peter-Hamburg.

Tropische Krankheiten.

Fall von Rattenbißfieber in Hawaii (A Case of Rat Bite Fever in Hawaii), von J. A. Morgan-Honolulu, T. H. (M. J. and Record, 1924, Bd. 120, Nr. 3, S. 113—115). Akute fieberhafte Erkrankung, durch eine Spirochäte, Leptospira Morsus-Muris, hervorgerufen. Der beschriebene Fall wurde mit Einspritzungen von Sulpharsphenamin geheilt. E. Levin-Berlin.

Über einen Fall von indischem Maduraarm (Mycetoma brachii), von J. Catsaras, Path. Inst. Friedrichshain-Berlin. (Virch. Arch., 1924, Bd. 250, H. 1/2, S. 244.) Verf. weist darauf hin, daß trotz der Pluralität der erregenden Pilzarten die Erscheinungen pathologisch-anatomisch und histologisch gleich sind. Die Erreger gehören meistens den Streptothricheen an, nahestehend den Aktinomyzes, seltener den Mukor und Aspergillus. Ähnlichkeit mit Aktinomyzesinfektion, doch bei Madura noch reichlichere Bindegewebsbildung (Unna). Der hier beschriebene Fall stammt aus der Sammlung von Pick. Arm einer 30jähr. Hindufrau, nach 11jähriger Erkrankung exartikuliert. Oberarm und Unterarm stark verdickt, am meisten Regio cubiti, Hand frei, Haut zeigt bohnengroße weißliche Erhebungen, am meisten in der Regio cubiti und ulnaris. Daneben auch spärliche narbige Einziehungen. Längsschnitt, der Humerus, Radius und Ulna halbiert, zeigt, daß die Muskulatur der Ellenbogengegend größtenteils durch grauweiße schwieligbindegewebige Masse ersetzt ist. Unterhautzellgewebe fettreich, meist unverändert, nur in der Regio cubiti durch Narbengewebe ersetzt. Porosität und Sklerosierung des Knochens durch Röntgenaufnahmen erwiesen. Größere sinuöse aus tiefen Muskel- und Knochenschichten bis zur Haut reichende Fisteln fehlen trotz 11jähriger Dauer. Mikro-

Digitized by Google

akopisch: knötchenartige Herde, die bis an die Epidermis heranreichen und sich verschieden stark vorwölben. Die Knötchen bestehen aus zwei Schichten, einer zentralen mit gelapptkernigen Leukozyten und einer peripheren aus Granulationsgewebe mit zahlreichen Plasmazellen. Riesenzellen nicht vorhanden. Zum Rande wird das Granulationsgewebe faserreicher und kernärmer. Bei größeren Herden ist der zentrale Teil von erheblicher Ausdehnung und durchbricht die Epidermis. In den Zentren der Knötchen liegen je ein rundlich-ovales meist zackig konturiertes Pilzkörperchen. Nach Gramm sind die Pilzkörperchen intensiv blau gefärbt und lassen zentral ein feinfädiges, dichotomisches Myzel erkennen, während die Peripherie sich zu einer strukturlosen Masse verdichtet, mit eigenartig kugeligen oder varizenartigen Bildungen, von denen sich ein Teil abgelöst und sich frei gegen die umgebenden Eiterkörperchen als rundlich ovale tropfenartige Gebilde vorgeschoben hat. Histologisch bilden die Myzelfäden keinen Unterschied gegen Streptothrix madurae bis auf die degenerierten Myzelfäden (oder sind es vielleicht Ausscheidungsprodukte des Myzels), die nach außen abgestoßen sind und frei vor dem Leukozytensaum liegen. F. J. Baar-Bad Kreuznach.

Belichtungs- und Ernährungsstörungen.

Abortives Xeroderma pigmentosum gleichzeitig mit Augen- und Hauterscheinungen von Syphilis (Xeroderma pigmentosum fruste coexistant avec une syphilis oculaire et cutanée), von E. Junès. (Gaz. des hôp., 1924, Nr. 63, S. 1045 bis 1048.) Bei 8jähr. Mädchen an den dem Licht ausgesetzten Körperstellen hyperchromische, lentiginöse, näviforme Flecke, Teleangiektasien mit Neigung zu langsamem Fortschreiten. Es wird die Frage erwogen, aber nicht entschieden, ob die als Xeroderma pigmentosum aufgefaßten Erscheinungen in ätiologische Beziehung zu der gleichzeitig bestehenden kongenitalen Syphilis zu bringen sind. Jedenfalls wird die Forderung aufgestellt, bei derartigen Hauterscheinungen auf Lues congenita zu fahnden.
E. Levin-Berlin.

Endokrine Störungen.

Zur Pathogenese der Dystrophia adiposogenitalis, von E. J. Kraus, Path. Inst. Univ. Prag. (M. Kl., 1924, Nr. 37, S. 1290—1292. Nr. 38, S. 1328—1330.) Sektionsbefunde und Analyse von 6 Fällen, in denen allen die Hypophyse direkt oder indirekt betroffen war. In einzelnen Fällen zeigte sich der Zustand der Keimdrüsen bei der Dystrophie in erster Linie von der Funktionstüchtigkeit der Hypophysis, und zwar des Vorderlappens abhängig. Ob isolierte Schädigung des Hinterlappens oder des Hypophysenstieles Dystrophia adiposogenitalis erzeugen kann, erscheint noch fraglich. Die Pathogenese ist noch nicht endgültig geklärt, doch kann festgestellt werden, daß jede eingreifende Schädigung des Hypophyse-Zwischenhirn-Systems Dystrophie erzeugen kann. E. Levin-Berlin.

Über den Einfluß der Keimdrüsen auf den Stoffwechsel, von R. Plaut u. H. A. Timm, Physiol. u. Röntgeninst., Allg. Krkh. Eppendorf, Hamburg. (Kl. W., 1924, Nr. 37, S. 1664.) Röntgenkastration bei der Frau hat ein Sinken des Grundumsatzes um 100—300 Kalorien zur Folge, der mit dem Auftreten der Kastration sich zeigt und ungefähr so lange anhält, wie die Ausfallserscheinungen dauern. Wegen des überragenden Einflusses der Schilddrüse auf den Stoffwechsel muß man annehmen, daß durch den Ovarialausfall auch gleichzeitig eine korrelative Funktionsstörung in der Schilddrüse einsetzt, da bei der Wechselwirkung von Ovarium und Schilddrüse eine Hyper- oder Hypofunktion der einen von beiden auch die andere in Mitleidenschaft zieht. Bildet sich die Stoffwechselsenkung nicht in einer gewissen Zeit zurück, so kommt es zu der Kastrationsfettsucht. Zur Zeit der Untersuchung noch nicht erfolgte Kastration hatte ebensowenig Einfluß auf eine Stoffwechselsenkung, wie auch eine Senkung ausblieb, falls die Pat. bereits über das Klimakterium hinaus waren.
E. Langer-Berlin.

Benigne Neubildungen und Mißbildungen.

Über Warzen. Nachweis ihrer Ätiologie durch Heilung mittels Suggestion (A propos des verrues. Leur étiologie démontrée par les guérisons par la suggestion), von Bonjour-Lausanne. (Schweiz. m. W., 1924, Nr. 33, S. 748—751.) Warzen sind durch Suggestion mit Sicherheit zum Schwinden zu bringen, und zwar atrophieren sie

Digitized by Google

ohne irgend eine Spur zu hinterlassen. Bisweilen trennen sie sich von der Haut unter Bildung eines Stieles, der atrophisch wird, so daß sie abfallen. Von Wichtigkeit ist es, daß der Kranke nicht mehr an die Warzen denkt. Es genügt oft, die Heilung zu versprechen, auch briefliche Heilungen gelingen, indem dem Kranken aufgetragen wird, an einem bestimmten Tage das Schwinden der Warzen mitzuteilen, was dann auch geschieht. Weit verbreitet ist die Sitte, sich von Warzen dadurch zu befreien, daß man eine andere Person mit den Warzen berührt, indem man dabei sagt, daß man sie auf ihn überträgt. Das unfehlbare Eintreten dieser Übertragung spricht dafür, daß beim Auftreten von Warzen der psychische Effekt die Hauptrolle spielt. Die Reizung der Haut kommt hinzu, kann jedoch keinen Einfluß mehr haben, wenn die Aufmerksamkeit davon abgelenkt wird und ein völliges Vergessen eintritt. Wahrscheinlich werden sich spitze Kondylome auf die gleiche Weise beseitigen lassen. E. Levin-Berlin.

Studien über die Brustdrüse des Mannes (Studies in the Male Breast), von H. Bailey-London. (Lancet, 1924, Bd. 206, Nr. 5260, S. 1258.) B. bespricht die angeborenen Anomalien (fehlende, überzählige Warzen), die Hypertrophie, die parenchymatöse und interstitielle Mastitis. Nach seiner Erfahrung sind die angeborenen Anomalien in England häufiger wie in Zentral-Europa. Die Mastitis des Kindes ist nicht, wie allgemein angenommen wird, in ihrem Ursprung traumatisch, sondern eine physiologische Funktion, welche eine retrograde bakterielle Infektion begünstigt und so zu einer wirklichen Entzündung der Brustdrüse übergehen kann. Anhaltende Retraktion der Brustwarze im späteren Lebensalter ist zuweilen die Folge früherer Mastitis (im Kindesalter). Es scheint erwiesen, daß Hypertrophie der Brustdrüse beim Manne durch die Hormone angeregt wird, welche bei der Wachstumsentwicklung der inneren Sekretion der Hoden entgegengesetzt sind. Chronische, interstitielle Mastitis ist beim Manne wie bei der Frau, im wesentlichen eine „abirrende" Evolutions- und Involutionstätigkeit (Pubertätsmastitis); sie kommt beim Manne später im Leben vor wie bei der Frau. Pagets Krankheit (Ekzem) und jede Art Neubildung der weiblichen Brust sind auch beim Manne vorgekommen. Brustkrebs beim Manne ist im Charakter gewöhnlich atrophischer Art, aber die Prognose ist ungünstig weil gewöhnlich Hilfe sogar noch später in Anspruch genommen wird wie bei der Frau (von 14 Fällen, die wegen Brustkarzinom beim Manne am Londoner Hospital aufgenommen wurden, war mehr als ein Drittel völlig inoperabel); besonders erwähnt sei ein Fall, wo der Brustkrebs $8^1/_2$ Jahre gedauert hatte. M. Stern-München.

Regressive Störungen und Atrophien.

Ein Fall von Recklinghausenscher Krankheit (Et Tilfaelde af Mb. Recklinghausen), von A. Portman-Bad Silkeborg. (Hospitalstidende, 1924, Nr. 16, S. 251.) Betrifft eine 21jähr. Studentin der Philologie. Graziler Körperbau, bei 166 cm nur 52,5 kg Gewicht trotz zweckmäßigster Ernährung. Nach psychischem Chok (Verbrennungstod der Schwester) vor 6 Jahren zuerst die Entwicklung von subkutanen Knoten bemerkt; erneute Entwicklung von Neubildungen nach dem vor einigen Monaten erfolgten Tode der Vaters. Histologische und klinische Diagnose: Neurofibrom. Die Blutuntersuchung ergab ausgesprochene Lymphozytose. In ätiologischer Hinsicht weist Verf. auf die Möglichkeit einer Beteiligung der Nebennieren hin bzw. anderer endokriner Drüsen; andererseits hat die Ansicht, daß das Leiden als eine fötale Hemmung in der Entwicklung des ektodermalen Keimblatts aufzufassen ist, viel für sich.
A. Philippi-Bad Salzschlirf.

Zur Klinik und Pathologie der Akanthosis nigricans, von W. Flaskamp, Univ.-Frauenkl. Erlangen. (D. m. W., 1924, Nr. 35, S. 1180.) Kasuistische Mitteilung eines Falles von Akanthosis nigricans. Gleichzeitig bestand Karzinom des Pylorus mit Metastasen im großen Netz, den Lymphdrüsen des Mesenteriums, ferner im Pankreas, den Ovarien, Uterus und in der rechten Nebenniere. Die Hautfarbe war schmutzig dunkelbraun-graugelb, an Hals und Brust, Achselhöhlen, Innenseite der Oberschenkel, äußerem Genitale und Umgebung des Afters in schwarzbraun übergehend. Die Haut selbst war spröde und rissig und bildete an den pigmentierten Stellen leistenartige Falten und Furchen. Am Stamm, auf dem Handrücken, in der Achselhöhle und Schenkelbeuge zahlreiche kleine und mittelgroße spitze Wärzchen. Überall war typisches „Reibeisengefühl" vorhanden. F. Harry-Wiesbaden.

Lupus erythematodes und Tuberkulose, von B. Bloch und E. Ramel, Dermatol. Klinik Zürich. (Schweiz. m. W., 1924, Nr. 32, S. 723—726.) Der Fall lehrt, daß selbst sorgfältigst ausgeführte, in bezug auf aktive Tuberkulose zunächst negativ verlaufende

Digitized by Google

Sektion die Existenz einer intravitalen Bazillämie nicht mit Sicherheit ausschließt. Während bei der Sektion sich nur abgeheilte Prozesse fanden, die Verimpfung der Hautstücke von der Leiche auf Meerschweinchen kein für Tuberkulose verwertbares Resultat ergab, wurde nach Verimpfung von intra vitam kurz nach einer neuen, unter Fieberanstieg erfolgten Eruption frischer Lupus-erythematodes-Effloreszenzen entnommenen Blutes auf Meerschweinchen ausgedehnte Tuberkulose der inneren Organe gefunden. Es hat also zur Zeit des negativen Ergebnisses der makroskopischen Sektion eine Bazillensepsis bestanden, und der Lupus erythematodes acutus war sicher ihre Folge. Der Fall bietet eine Stütze für die tuberkulöse Natur des Lupus erythematodes und zeigt die Wichtigkeit des Bazillennachweises im Blute auch für zweifelhafte Dermatosen. Viele andere Punkte der Pathologie und Histologie des Lupus erythematodes bleiben damit aber immer noch unerklärt; vielleicht handelt es sich um eine durch besondere Reaktion des Organismus erzeugte biologische Modifikation der gewöhnlichen Tuberkelbazillen, die aber erst in der Haut zustande käme. E. Levin-Berlin.

Ein Fall von Sclerema neonatorum (A Case of Sclerema Neonatorum), von W. G. Nash-Bedford. (Brit. m. J., 1924, Nr. 3306, S. 820.) Kurzer Bericht über einen deutlich ausgeprägten Fall bei einem 2 Monate alten Kinde, das unter Behandlung mit heißen Bädern und Pulv. hydrarg. c. creta (0,01 per die) sich erholte.

A. Philippi-Bad Salzschlirf.

Maligne Neubildungen.

Beitrag zur Biologie der bösartigen Geschwulstzellen, von A. Fischer, Univ.-Inst. f. allg. Path. Kopenhagen. (Zschr. f. Krebsforschg., 1924, Bd. 21, H. 4, S. 261—267. Die biologische Abweichung bösartiger von normalen Zellen gibt sich zu erkennen durch die Fähigkeit der bösartigen Zellen, sich unbegrenzt aus einem einzelnen isolierten Zellindividuum zu vermehren, Blutplasma und Protoplasma lebendiger normaler Zellen in Stoffe zu verwandeln, die zum Aufbau des eigenen Protoplasmas der bösartigen Zellen dienen können; ferner vermögen die bösartigen Geschwulstzellen koaguliertes Blutplasma einzuschmelzen. Fischer konnte experimentell feststellen, daß die peptolytische Wirkung von Sarkomzellen ein Faktor von großer Bedeutung im Kampf gegen normale Gewebszellen ist. Ebenfalls wurde durchs Experiment gezeigt, daß den Geschwulstzellen die Fähigkeit innewohnt, Fibrinstroma aufzulösen. A. Holländer-Hamburg.

Über die Beziehungen des Geschwulstwachstums zur Ernährung und zum Stoffwechsel. I. Mitteilung. Über den Einfluß der Salze auf das Wachstum des Mäusekarzinoms, von M. Händel, Path. Inst. Univ. Berlin. (Zschr. f. Krebsforschg., 1924, Bd. 21, H. 4, S. 281—287.) Versuche, um den Zusammenhängen zwischen verschiedenen Ernährungsarten und Stoffwechselstörungen und dem Wachstum der bösartigen Geschwülste nachzugehen. Durch beinahe vollständiges Weglassen der Salze — Kalium, Kalk, Eisen, Phosphat — außer Kochsalz aus der Ernährung sind keine deutlichen Effekte auf Impfausbeute und Metastasenbildung des transplantablen Mäusekarzinoms zu erzielen. Die Wachstumsgeschwindigkeit des Tumors scheint nur unbedeutend herabgesetzt. Kalifütterung verbessert die Impfausbeute und befördert das Wachstum. Keine Beeinflussung der Metastasenbildung. Bei Kalziumfütterung sinkt die Impfausbeute und die Wachstumsgeschwindigkeit in geringem Maß ab. Bei Phosphatfütterung konnte keine Wirkung auf das Geschwulstwachstum beobachtet werden.

A. Holländer-Hamburg.

Über die Beziehungen des Geschwulstwachstums zur Ernährung und zum Stoffwechsel. II. Mitteilung. Versuche zur Frage der Bedeutung der Kohlehydrate für das Wachstum des Rattenkarzinoms, von M. Händel und K. Tadenuma, II. Med. Kl. u. Inst. f. Krebsforschg. Berlin. (Zschr. f. Krebsforschg., 1924, Bd. 21, H. 4, S. 288—293.) Versuche über den Einfluß einseitiger Ernährung und der Injektionen von Insulin und Phlorrhizin auf das Wachstum von transplantablem Rattenkarzinom. Die kohlehydratreiche Ernährung hat einen ausgesprochen fördernden Einfluß auf das Geschwulstwachstum; bei einseitig mit Eiweiß und ebenso mit Fett angereicherter Ernährung zeigt sich im Vergleich zu den kohlehydratreich ernährten Tieren das Tumorwachstum bedeutend verlangsamt. Insulin hatte geringen fördernden Einfluß, Phlorrhizin hatte keine nennenswerte Wirkung. Ein wesentliches Moment für die Wachstumsgeschwindigkeit des Karzinoms bildet die Höhe des Blutzuckerspiegels. Verff. haben in ihren Versuchen durch große Traubenzuckergaben Hyperglykämien hervorgerufen; da Krebsgewebe ein höheres Anziehungsvermögen für Blutzucker hat als normale Gewebe, so kam dem Tumor diese alimentäre Hyperglykämie zugute. Durch Insulin wird Hypo-

Digitized by Google

glykämie hervorgerufen, gleichzeitig wird vermehrte Milchsäurebildung der Muskulatur angeregt, dadurch wird wahrscheinlich das Geschwulstwachstum begünstigt.

A. Holländer-Hamburg.

Über die Beeinflussung der experimentellen malignen Geschwülste mit elektropen Substanzen. I., von L. Karczag, L. Teschler und L. Barok, III. med. Univ.-Kl. Budapest. (Zschr. f. Krebsforschg., 1924, Bd. 21, H. 4, S. 273—280.) Auf Grund von Versuchen an weißen Mäusen wird gezeigt, daß Karzinomgewebe keine vitale Karbinolophilie besitzt, und daß die nekrotischen Tumoranteile Fuchsin S, Lichtgrün und Wasserblau vitalelektiv adsorbieren. Die geprüften Farbstoffe sind ja durch ihre Affinität zum Bindegewebe ausgezeichnet, deshalb wurde keine elektive Tropie dieser Substanzen zum Karzinomgewebe epithelialen Ursprungs erwartet. Durch den Nachweis der starken Nekrotropie der drei obengenannten Substanzen sind nun Stoffe bekannt, die die nekrotischen Teile der Geschwulst elektiv treffen können. Wir haben es also mit neuen tumoraffinen Verbindungen zu tun. Die Versuche können auch bezüglich der Genese der Karzinomkachexie von Wichtigkeit sein, da aus Blut und Gewebsflüssigkeiten chemische Substanzen abgefangen werden. A. Holländer-Hamburg.

Beitrag zur Chemotherapie des Krebses. I. Mitteilung, von F. Ishiwara-Tokio. (Zschr. f. Krebsforschg., 1924, Bd. 21, H. 4, S. 268—272.) Ausgehend von den Tatsachen, daß nach Injektion einer metall-organischen oder -anorganischen Verbindung bei Krebstieren (Ratten und Mäusen) der Metallteil sich an die Krebszellen anlagert, und daß bei der Behandlung des Krebses beim Menschen sekundäre Röntgenstrahlen hoher Spannung sich gut bewähren, injizierte Ishiwara Ratten eine Verbindung von Antimon oder Wismut mit der aliphatischen Karbonsäure und bestrahlte einigen Tieren nach wenigen Tagen den Tumor mit Röntgenstrahlen. Bei den späteren Versuchen unterblieb die Bestrahlung. Das injizierte Mittel ist imstande, wie aus den genauen Versuchsprotokollen hervorgeht, Rattenkarzinom zu beeinflussen. Um nur die Krebszellen zu zerstören, ohne in anderen Organen pathologische Veränderungen hervorzurufen, müssen möglichst kleine Mengen des Mittels injiziert werden (aber nicht intravenös!). A. Holländer-Hamburg.

Die biologische Karzinomdiagnose mittels der Meiostagminreaktion, von A. Luger und W. Weis-Ostborn, II. med. Univ.-Kl. Wien. (Seuchenbekämpfg., 1924, Jahrg. 1, H. 3/4, S. 83.) Die Arbeit verfolgt den Zweck, das Interesse der Ärzte für die Meiostagminreaktion zu wecken in der Absicht, dadurch den Wert der bisher mit dieser Reaktion gefundenen Resultate besser, als bisher möglich, zu beurteilen. Die Meiostagminreaktion (MR) beruht darauf, daß mittels eines besonderen Apparates, des Stalagmometers, der näher beschrieben wird, die genaue Tropfenzahl verschiedener Lösungen festgestellt wird. Man will so z. B. in Körperflüssigkeiten verschiedenen Ursprunges, zumal nach Mischung derselben mit bestimmten Stoffen, eine Vermehrung der Tropfenzahl feststellen. Daher der von Ascoli geprüfte Name (μείων mehr, στάζειν tropfen). Da man nun weiß, daß die Zahl der Tropfen in einer bestimmten Beziehung zur Oberflächenspannung einer Flüssigkeit steht, andererseits die Vorgänge der Agglutination, Komplementverbindung usw. sicherlich auch physikalischer Natur sind, hatte Ascoli die Frage der Veränderung der Oberflächenspannung in Antigen-Antikörpergemischen studiert. Er kam dabei zu dem interessanten Resultat, daß im Typhusserum-Typhusextraktgemisch eine Erniedrigung der Oberflächenspannung, ausgedrückt durch Erhöhung der Tropfenzahl, verglichen mit Normalserum und NaCl, vorhanden ist. Auch für andere Antigen-Antikörpergemische konnte Ascoli und seine Schule mit der MR spezifische Resultate erweisen. Auch für die Lues (Izar) sowie parasitäre Erkrankungen gilt das gleiche. Neuerdings hat sich das Interesse diesem Arbeitsgebiet etwas abgewendet, und man hat sich mehr mit der Frage beschäftigt, wie weit bei der Mischung des Serums Karzinomatöser mit Tumorextrakten eine Erniedrigung der Oberflächenspannung, d. h. eine positive MR eintritt. Die weitere Entwicklung der MR nahm dann den Weg der WR. Auch bei der MR kam man von ursprünglichem, spezifischem Organextrakt zu nichtspezifischen, endlich synthetischen Antigenen, von denen nach Angabe der Verff. nur ein von ihnen näher beschriebenes aus Azeton-Lezithin und eins von Izar mit Linol-Ricinolsäure sich schließlich bewährten. Mit diesen beiden Extrakten ist aber die Zahl der Fehlreaktionen, d. h. solcher mit negativem Resultat bei Karzinom und positivem Resultat bei Nicht-Karzinom, vor allem bei Leberzirrhose, Pneumonie, Gravidität, Diabetes u. a. m. noch recht erheblich. Auch über die theoretische Erklärung der Reaktion ist eine einheitliche Auffassung bisher nicht erzielt worden. Aus der Zahl der aufgestellten Theorien scheint sich wenigstens soviel herauszuschälen, daß es sich um einen Adsorptionsvorgang handelt, bei dem der Cholesteringehalt des Serums und das

Digitized by Google

gegenseitige Bindungsverhältnis von Eiweiß und Lipoid im Serum für das Zustandekommen des positiven Ausfalles von Bedeutung sind. Jedenfalls geht aus der Arbeit hervor, daß für die Zukunft eine Möglichkeit besteht, in der MR einmal eine so ausgearbeitete Reaktion zu besitzen, daß mit ihr eine serologische Diagnose auf Karzinom und viele Infektionskrankheiten einwandfrei und in praktisch genügender Prozentzahl der Fälle zu stellen ist. Dazu ist nötig, daß die Ärzte mehr als bisher Sera von geeigneten Fällen in entsprechend ausgestattete Laboratorien senden, um ein genügend großes Vergleichsmaterial zusammenzubringen. F. Jacobsohn-Berlin.

Weitere Beiträge über das Polycystoma mammae und dessen Beziehungen zu den Geschwülsten, von E. Krompecher-Budapest. (Virch. Arch., 1924, Bd. 250, H. 3, S. 495.) Das von Reclus als „Maladie cystique de la mamelle" bezeichnete Krankheitsbild weist zwei Stadien auf: Fibrosis microcystica mammae (nichtentzündliche Fibrose und kleinste Zysten) und das klassische Polycystoma mammae. In beiden Fällen finden sich gewöhnliche und — seltener — Schweißdrüsenzysten (daher, wenn diese überwiegen: Fibrosis hydrocystica und Polycystoma hydrocystica. Entzündliche Zysten kommen nicht vor als besondere Art. Durch krebsige Wucherung der Basalzellen, die sich in den großen Ausführungsgängen der Brustdrüsen — bei Fibroadenomen gewuchert — finden, entstehen intrakanalikuläre zystische Basalzellenkrebse, bei denen man die gyriforme resp. retikuläre und die festgefügte zystische Form unterscheiden kann. Diese kommt auch ausnahmsweise in der Haut vor, jene in den Speichel- und Schleimdrüsen, in der Prostata, im Ovarium usw. Die „Korbzellen" der Brustdrüse entsprechen wohl glatten Muskelfasern und haben Beziehungen zu den kleinen Blutgefäßen.
E. Sklarz-Berlin.

Zur Röntgenbehandlung des Hautkrebses, von S. Schönhof, Dtsch. Dermatol. Klin. Prag. (M. Kl., 1924, Nr. 35, S. 1203—1206.) Röntgenbehandlung ist für inoperable Krebse die Methode der Wahl; sie erzielte in einem großen Prozentsatze Heilung und Rezidivfreiheit bei Tumoren, die sich auf die Haut beschränkten. Ungünstig verliefen die an der Haut des Stammes und der Extremitäten sitzenden Geschwülste, ebenso die auf die Gesichtsöffnungen, Knochen und Knorpel übergreifenden Fälle sowie Lupuskarzinome. Operable Krebse wurden überwiegend geheilt, und zwar kleinere in größerem Prozentsatze als größere. Geringe Radiosensibilität zeigten operable Karzinome der Haut des Stammes und der Extremitäten sowie im allgemeinen Stachelzellenkrebse. Röntgenrefraktäre Fälle zeigten bei nachfolgender Operation keine Schädigung durch die vorhergehende Behandlung. E. Levin-Berlin.

Histogenetische Studien an einem Hautkarzinom, von W. Nissen, Labor. Staatl. Frauenkl. Dresden. (Zschr. f. Krebsforschg., 1924, Bd. 21, H. 4, S. 320—324.) Histologische Beschreibung eines beginnenden Hautkarzinoms, für das eine Entstehung aus der Stachelschicht angenommen wird. A. Holländer-Hamburg.

Zum Ausbau der Krebsbehandlung durch künstliche Entzündung (elektromagnetische Reizbehandlung), von H. Spude-Stolp (Pommern). (Zschr. f. Krebsforschg., 1924, Bd. 21, H. 4, S. 294—312.) Schon 1912 hat Spude theoretische Überlegungen mitgeteilt, die ihn dazu führten, die Behandlung des Krebses mit Arseninjektionen dadurch wirksamer zu machen, daß er in der Umgebung des Tumors nach Einspritzung feinsten magnetischen Eisenoxyduloxyds immer wieder eine elektromagnetisch hervorgerufene reaktive Entzündung erzeugte. Spude bespricht die zugehörige Literatur ausführlich, gleichfalls seine eigenen Überlegungen über seine Methode. Er will nur durch Eisenoxyduloxydinjektionen mit Hilfe eines gut funktionierenden Wechselstrommagneten Krebse zur Heilung bringen können. Abbildungen über Heilerfolge sind der Arbeit beigefügt. Nach Spude ist es durch Injektionen von Eisenoxyduloxyd und elektromagnetische Bewegung desselben viel einfacher als durch intratumorale oder intravaskuläre Injektionen von Lymphozyten oder ihrer Zerfallsprodukte (im Sinne Hugo Ribberts) möglich, nicht nur eine vorwiegend leukozytäre Entzündung um die Krebsalveolen, sondern auch ein lymphozytenreiches Granulationsgewebe zu erzeugen.
A. Holländer-Hamburg.

Welchen Anteil nehmen die Fibrillen am Parenchym und Stroma der Sarkome, von W. Bayer, Path. Inst. Univ.-Frauenkl. Berlin. (Virch. Arch., 1924, Bd. 251, S. 424—450.) 31 Sarkome wurden eingehend untersucht. Bei jedem Tumor erfolgten Färbungen mit Hämalaun-Eosin, Pikrinsäure-Säurefuchsin, nach Mallory, nach Achucarro (Silber-Tanninmethode) und nach der vom Verf. gefundenen Pyronin-Tanninmethode. Bei keinem Spindelzellsarkom kann man von einem syncytialen Netz sprechen. Das Ganze ist ein geschlossener Gewebshaufen, in dem sich nur wenige zufällige Maschen

Digitized by Google

finden, in dem Fibrillen und nackte Kerne und Kerne mit gut abgrenzbarem Protoplasaleib vorkommen. Die Fibrillen nehmen manchmal an Stärke und Zahl um den Zelleib herum zu. Bei einigen Rundzellsarkomen ist eine Grundsubstanz nicht nachzuweisen, oder die Grundsubstanz ist nur schwer vom Zellprotoplasma zu unterscheiden. Bei anderen Rundzellsarkomen ist eine Art Netzbildung der Grundsubstanz nachzuweisen. Die Netze sind feinfädig und stärker fibrilliert. Junge Tumorzellen liegen einzeln. Erst nach Übergang ihrer Zelleiber ineinander beginnt eine geringe Fibrillenbildung. Die Kraft der Zelle gilt erst ihrer Vermehrung und dann der fibrillären Ausgestaltung des Zelleibs und der Grundsubstanz. Die bisherigen Beobachtungen des Verf. reichten zu einer Theorie über die Wachstumsart der einzelnen Tumoren nicht aus. Versuchsprotokolle und einige farbige Zeichnungen sind in der Arbeit enthalten.

A. Holländer-Hamburg.

Ein Fall von Melanosarkom, mit Röntgenstrahlen behandelt (A Case of Melanosarcoma Treated with Roentgen Rays), von A. K. Owen-Topeka, Kansas. (Am. J. Roentgenol., 1924, Bd. 11, Nr. 4, S. 335.) Eine 59jähr. Pat. mit Melanosarkom am rechten Unterarm wurde, da sie die Amputation abgelehnt hatte, drei Jahre hindurch mit Röntgenstrahlen behandelt. Sie erhielt im ganzen an drei aufeinander folgenden Tagen halbstündliche Bestrahlungen auf die Tumormasse, vier Monate hindurch je eine unfiltrierte halbstündliche Bestrahlung auf die Tumorgegend, in fünf Monaten also $3^1/_2$ Stunden Bestrahlung. In den folgenden acht Monaten wurde noch im ganzen $13^1/_2$ Stunden mit 6 mm Aluminiumfilter Arm, Achselhöhle und Brust bestrahlt. Nach Ablauf der Behandlung war der Tumor restlos verschwunden, die Pat. fühlte sich wohl.

L. Gumpert-Blaschko-Berlin.

Ein Fall von Hodgkin mit anschließender Iliosakralerkrankung, geheilt durch Röntgenstrahlen (A Case of Hodgkin's Disease, with Late Development of Sacroiliac Disease, Cured by Roentgen Treatment), von G. E. Pfahler und C. P. O'Boyle-Philadelphia, Pennsylvania. (Am. J. Roentgenol., 1924, Bd. 11, Nr. 5, S. 406.) Fall von Hodgkinscher Krankheit, der durch ein Spätrezidiv im Knochen besonderes Interesse erregt. Die 16jähr. Pat. hat seit einem Jahr Drüsenschwellungen. Bei der Aufnahme faustgroße Drüsenpakete am Hals und in den Achselhöhlen, die Durchleuchtung ergibt einen großen, nicht pulsierenden Mediastinaltumor. Blutbild und histologisches Präparat sichern die Diagnose. Die Bestrahlung bestand in je fünf Bestrahlungen über jeder Tumormasse in einem Zeitraum von 18 Monaten, und zwar jedesmal 40 Minuten in 40 cm Entfernung, 6 mm Aluminiumfilter. Nach neun Monaten waren alle Drüsenschwellungen verschwunden, Pat. fühlt sich wohl. Ein Jahr nach Abschluß der Behandlung entwickelte sich ein aus weichem Gewebe bestehender Tumor auf der linken Hüfte, ein kleinerer im Iliosakralgelenk mit scharfumschriebener Grenze ohne Atrophie des angrenzenden Knochens, wie man sie bei Tbc. findet. Da mangels Diagnose eine exakte Therapie nicht möglich war, wurde Bestrahlung versucht. Nach zwei Monaten völlige Heilung, nach einmaliger Anwendung von $^2/_3$ Erythemdosis.

L. Gumpert-Blaschko-Berlin.

Tagesgeschichtliche Nachrichten.

Prof. Erich Hoffmann in Bonn wurde von der Kiewer Gesellschaft für Haut- und Geschlechtskrankheiten zum Ehrenmitglied gewählt.

Ernannt: Priv.-Doz. Dr. Max Hesse in Graz zum a. o. Professor.

Habilitiert: Dr. Günther Brann, Assistent der Hautklinik in Rostock.

Gestorben: Dr. Julius Müller in Wiesbaden. R.

Nachdruck (auch des Abschnittes „Tagesg. Nachr.") ist ohne Genehmigung des Verlegers nicht erlaubt.

Verantwortlich für die Redaktion: für Originalabhandlungen und T. N.: Prof. Dr. J. H. Rille, Leipzig. Für den Referatenteil: Dr. M. Unna, Hamburg-Bergedorf.

Digitized by Google

Dermatologische Wochenschrift

Nr. 3 (Bd. 80) 17. Januar 1925

140 Fälle von Alopecia areata.

Von

Dozent Arthur Jordan in Moskau.

Vor 25 Jahren verfocht O. Lassar auf dem 13. internationalen medizinischen Kongreß in Paris die schon früher von Jonathan Hutchinson ausgesprochene Ansicht vom parasitären Ursprung der Alopecia areata. Er fand Unterstützung an Hallopeau und Jadassohn, während T. Pawloff und Mibelli auf Grund des Haarausfalls nach Entfernung des Halsganglions bei den Versuchen von Max Joseph, Mibelli, Moskalenko und Gregorjanz auf der trophoneurotischen Theorie von Kaposi bestanden. Die dritten, speziell Sabouraud und Jacquet, nahmen einen vermittelnden Standpunkt ein. Bis heute tobt der Streit weiter; zu den alten sind noch neue Theorien gekommen, ohne zum Sieg der einen oder anderen geführt zu haben, so daß die Frage nach dem Ursprung der Alopecia areata weiter diskutabel ist. Lassar basierte seine Annahme auf der Regellosigkeit der Eruptionen, dem Springenden der Ausbreitungsart, der Unabhängigkeit von jeder Symmetrie, der Generalisation auf alle haartragenden Stellen und auf die Beobachtungen von Epidemien, welche er auf Ansteckung in den Frisierstuben zurückführte. Trotzdem nie der schuldige Pilz gefunden wurde, gaben diese gelegentlichen, bis heute unerklärten Epidemien immer wieder bald dem einen, bald dem andern Anlaß, sich der parasitären Theorie anzuschließen. Besonders war es die französische Schule, welche unter Führung von Hallopeau lange dafür eintrat. Erst der energische Kampf Jacquets gegen diese Voraussetzung, wobei er die Ursache in Zahnkrankheiten sah, führte auch in Frankreich zu einer Abkühlung hinsichtlich des parasitären Ursprungs. Bereits im Jahre 1906 ergab eine unter den Pariser Dermatologen auf diesen Punkt angestellte Enquête, daß sich nur Hallopeau und Gaucher für den kontagiösen Charakter aussprachen. Da aber Jacquets Zahntheorie auch keine allgemeine Anerkennung fand, suchte man nach anderen Ursachen. Barthélemy, später Sabouraud und Vernes glaubten diese in der Syphilis feststellen zu können. Trotzdem jeder Dermatologe, was bei der Häufigkeit der Lues eigentlich nicht erstaunlich sein kann, gelegentlich das Vorkommen von Alopecia areata in Kombination mit Syphilis beobachtet, betonte Nobl mit Recht, daß die Fälle doch so selten sind, daß der Syphilis in der Ätiologie der Alopecia areata kein Platz eingeräumt werden könne. Um so überraschender und wohl auf einem Trugschluß beruhend ist daher die Statistik von Hudelo und Rabut, welche von 40 Fällen Syphilis unter

Digitized by Google

120 Fällen von Alopecia areata berichtet, zumal eine noch neuere Statistik von Orr nur in 1% der Alopecia-areata-Fälle Syphilis verzeichnet. Spitzer aus der Jadassohnschen Klinik konstatierte unter 166 Fällen von Alopecia areata in 72,3% das Vorhandensein von Schwellung der Kopflymphdrüsen, was auf einen infektiösen Grund dieser Krankheit hinzudeuten schien. Immer mehr neigte sich demnach die Wagschale der Ansicht zu, daß verschiedene Noxen: Infektionen, Innervationsstörungen und Intoxikationen in gleicher Weise Alopecia areata hervorrufen können, woher sich z. B. Pöhlmann, Bremener u. a. dafür aussprechen, daß die Alopecia areata nur einen Symptomenkomplex bilde oder, wie sich Sabouraud ausdrückt, daß sie ein Syndrom sei, welches bald erblich, bald in Verbindung mit Vitiligo, Struma oder der Menopause oder im Zusammenhang mit spätem Durchbruch des Weisheitszahnes stehe. Hiermit nimmt Sabouraud teilweise Notiz von der neuesten Richtung, daß die Alopecia areata mit Störungen der endokrinen Drüsen in Verbindung stehe, was auf folgenden Beobachtungen beruht: Petersen und Montgomery sahen Erfolge durch Thyreoidindarreichung, Garcia Casal durch solche von Hypophysin, Urban durch Organtherapie überhaupt. Barber beobachtete bei solchen Kranken Schilddrüsenvergrößerung, Ayres Hyperthyreoidismus, Levy-Franckel und Juster sahen Dysthyreoiditis und Hypothyreoiditis. Ersterer führt in einer neueren Arbeit die Alopecia areata auf eine Reizung des Vagosympathikus zurück, wozu ihn folgende Momente veranlassen: 1. das Auftreten derselben nach Traumen des Sympathikus als aszendierende Neuritis, die das mittlere und obere Ganglion erreicht, 2. ihr häufiges Zusammentreffen mit Affektionen, bei denen ein Ergriffensein des Sympathikus nicht mehr bestritten wird, wie Morbus Basedowi, Herpes zoster, Sclerodermie en plaque, Hemiatrophia facialis, heftige Gemütsbewegungen, 3. pathologisch-physiologische Momente, wie Gleichgewichtsstörungen im sympathischen und parasympathischen System des Schädels, die durch fehlenden oder verkehrten Okulokardialreflex zum Ausdruck kommen. Er faßt somit die Alopecia areata als ein Syndrom einer sympathisch-endokrinen Irritation auf, wobei Reizfaktoren auf den Sympathikus in einer Partie seines Verlaufs sein könnten: a) Traumen, b) die akquirierte wie hereditäre Lues, c) die Tuberkulose, d) Störungen der endokrinen Drüsen, e) Intoxikationen. Eine weitere Stütze findet diese Annahme durch die Beobachtung Jenkens einer Alopecia areata 5 Wochen nach der Operation eines Basedows und durch die experimentell von Buschke und Peiser erzielte Alopecia areata bei Ratten durch Fütterung mit Thallium, von welchem sie nachweisen konnten, daß es auf die endokrinen Drüsen wirke. Golay spricht sich daher in seiner Übersicht schon ganz entschieden für die endokrine Theorie aus. Nur Strandberg sucht diese Hypothese zu erschüttern durch die Behauptung, daß er in neun hierauf untersuchten Fällen in keinem einzigen endokrine Störungen fand. Das gab für mich den Anlaß, mein Privatkrankenmaterial einer Sichtung zu unterwerfen. Ich beobachtete im letzten Jahrzehnt 140 Fälle von Alopecia areata, darunter 91 Personen männlichen und 49 weiblichen Geschlechts. Dasselbe Überwiegen des männlichen Geschlechts sahen auch Matsumoto und Spitzer, während Pontoppidan überraschenderweise unter 294 Beobachtungen 164 Frauen, 128 Männer

Digitized by Google

und 2 Fälle ohne Geschlechtsangabe verzeichnete. Von meinen Kranken standen

im	Alter	von	1— 5	Jahren	6	Personen,
"	"	"	6—10	"	7	"
"	"	"	11—15	"	4	"
"	"	"	16—20	"	16	"
"	"	"	21—25	"	22	"
"	"	"	26—30	"	20	"
"	"	"	31—35	"	23	"
"	"	"	36—40	"	26	"
"	"	"	41—45	"	6	"
"	"	"	46—50	"	6	"
"	"	"	51—55	"	1	"
"	"	"	56—60	"	3	"
			Insgesamt:		140	Fälle.

In bezug auf die Jahre des häufigsten Vorkommens der Alopecia areata bestehen bei mir und Matsumoto und Spitzer einige Differenzen. Ersterer sah das Maximum zwischen 21 und 30 Jahren, letzterer ein schnelles Ansteigen bis zum 15. Lebensjahr, dann ein langsameres, aber auch, gleich Matsumoto, ein Maximum im 30. Lebensalter. In meinen Fällen beginnt ein sprunghaftes Ansteigen zwischen dem 16. und 20. Lebensalter, um zwischen dem 20. und 40. sich in ziemlich gleicher Höhe zu erhalten, wobei aber das Maximum erst zwischen dem 36. und 40. Lebensjahr erreicht wird. Da die Fälle unter 5 Jahren selten sind (nach Sabouraud beginnt die Krankheit nicht unter dem 4., nach Spitzer nicht unter dem 3. Lebensalter), seien meine Fälle im ersten Jahrfünft speziell angeführt, zumal sich unter ihnen Erkrankungen schon im 2. Lebensjahr finden.

1. Irene S., 1 Jahr 4 Monate. Vor einem Monat haben sich haarlose, runde Stellen gebildet. Keine Pilze. Keine Zeichen von Störungen endokriner Drüsen.

2. Tamara K., 1 Jahr alt, weist auf der linken Kopfhälfte einen Herd von Alopecia areata auf. Keine Pilze. Keine Zeichen von Störungen endokriner Drüsen.

3. Helene T., 4 Jahre alt, ist ein nervöses Kind, welches im Anschluß an Ekzem eine kahle Stelle auf dem Kopf bekommen hat. Keine Pilze, keine Zeichen endokriner Störungen.

4. Slawa T., 2 Jahre alt, ein blasses, sehr nervöses Kind, welches seit einem Monat einen kahlen Herd auf dem Hinterkopf hat. Keine Pilze, keine Zeichen von endokrinen Störungen. Die Untersuchung des Blutes ergab 36% Lymphozyten. Die Eltern sind blutsverwandt, Vetter und Kusine.

5. Fedi S., 4 Jahre alt, fiel am 20. Juli 1917 auf den Kopf. Entsprechend dieser Stelle stellte sich am 6. August ein runder Haarverlust ein. Keine Pilze. Keine Zeichen endokriner Störungen.

6. Wassja G., 5 Jahre alt, erkrankte 14 Tage nach Ausschneiden der einen vergrößerten Mandel auf der entsprechenden Kopfhälfte an einem Herd von Alopecia areata. Keine Pilze. Keine Zeichen von endokrinen Störungen. Die Untersuchung des Blutes ergab 50% Lymphozyten.

Betrachten wir unsere sämtlichen Fälle auf die möglichen ätiologischen Momente, so bieten sie eigentlich Anklänge für die verschiedensten der angeführten Theorien. Für einen parasitären Ursprung scheinen gewissermaßen folgende Fälle zu sprechen:

1. Die 30jähr. Ärztin O. wandte sich am 19. Juni 1923 an mich wegen Alopecia totalis. Die sehr nervöse Dame gab an, einen Monat nach der Geburt ihres ersten Kindes

Digitized by Google

während des Stillens zuerst einen kahlen Fleck bemerkt zu haben, welcher im Laufe von $1^3/_4$ Jahren zu allmählicher, völliger Kahlheit geführt hat. Ihr Mann, gleichfalls Arzt, im Alter von 41 Jahren, hat bereits im 22. Lebensjahre an Alopecia areata gelitten, welche völlig schwand, ist vor $1^1/_4$ Jahren, also $^1/_2$ Jahr nach Erkrankung der Frau, von neuem von Alopecia areata befallen worden. Er wies charakteristische, symmetrisch angeordnete Herde derselben auf dem Kopf und im Bart auf. Pilze fanden sich weder bei ihr noch bei ihm.

2. Am 1. Dezember 1923 suchte mich der verabschiedete General J., 58 Jahre alt, wegen zwei Herden von Alopecia areata im Bart auf, die angeblich nach schwerer, seelischer Aufregung aufgetreten waren. In einigen Monaten schwand der Haarausfall unter entsprechender Behandlung. Am 30. August 1924 stellte sich die Frau von ihm gleichfalls mit einem Herde von Alopecia areata auf dem Kopfe vor, welcher einige Zeit nach Schwund der Krankheit des Mannes bei ihr aufgetreten war. Pilze fanden sich weder bei ihm noch bei ihr.

3. Am 6. Februar 1924 trat das Ehepaar T. bei mir auf. Er ist 23 Jahre alt, Perser, hat als Kind Favus gehabt, welcher unter der Behandlung schwand, behauptet jetzt, Haarausfall bemerkt zu haben. Auf dem Kopf fanden sich außer atrophischen Narben nach Favus mehrere kahle Stellen, welche in der Tat den Eindruck von Alopecia areata erweckten. Keine Pilze. Er trägt beständig einen Fes. Seine 21jähr. Frau, welche zugibt, daß sie seinen Fes aufgesetzt haben könnte, hat zwei typische Herde von Alopecia areata, die seit zwei Monaten bestehen sollen. Keine Pilze. Keine Zeichen von Störungen endokriner Drüsen.

Obgleich bei diesen drei Ehepaaren beide Teile eine Alopecia areata aufwiesen und demnach, trotz des Fehlens irgend welcher Pilze, an eine Übertragung gedacht werden muß, könnten dieselben dennoch auch anders gedeutet werden. In dem ersten Fall hatte der Ehemann schon als junger Mensch an Alopecia areata gelitten, so daß das Rezidiv vielleicht zufällig mit der Erkrankung der Frau an Alopecia areata zusammenfiel. Im zweiten Fall trat erst nach Schwund der Alopecia areata beim Mann eine solche bei der Frau auf, so daß auch hier das Zusammenfallen ein zufälliges sein könnte. Am schwierigsten ist die Deutung im dritten Fall, wo eine Übertragung durch den Fes sehr verführerisch erscheint, aber die sichtbaren Reste des Favus beim Mann in Gestalt atrophischer Narben machten die Möglichkeit wahrscheinlich, daß die alopecia-areata-ähnlichen Stellen nicht als solche, sondern doch vielleicht Atrophien nach Favus waren. Nobl beschreibt ja eine derartige areolierte, kleinfleckige Alopezie nach Favus. In einem solchen Fall würde die Alopecia areata bei der Frau als selbständige aufzufassen sein. Aus diesen Gründen sind genannte drei Fälle trotz scheinbar so naheliegender Übertragungsmöglichkeit nicht genügend beweisend anzusehen. Ähnlich verhält es sich mit folgenden Beispielen einer vermutlichen Infektion in der Barbierstube:

4. Der 41jähr. Kaufmann G., welcher am 26. März beim Friseur gewesen sein will und sich am 7. April bei mir mit einem Herde von Alopecia areata vorstellte, den er selbst mit dem Haarschneiden in Zusammenhang bringt, hatte keine Pilze. Desgleichen fehlten solche

5. beim 40jähr. Kaufmann T., welcher drei Tage nach Besuch der Barbierstube eine kahle Stelle auf dem Kopf bemerkt hatte, die von mir als Alopecia areata gedeutet wurde.

6. und 7. Zwei Freunde, der 23jähr. Elektrotechniker J. und der 17jähr. Schüler G. erkrankten einige Zeit, aber nicht gleichzeitig, nach gemeinsamem Besuch der Barbierstube an Alopecia areata. Keine Pilze.

Bei dem Fehlen von Pilzen liegen in allen diesen Fällen keine Beweise für den parasitären Ursprung vor, und wenn das Auftreten der Alopezieherde sich auch an den Besuch der Barbierstube schloß, könnte

Digitized by Google

das Schneiden der Haare vielleicht nur den Haarverlust sichtbar gemacht haben. Aber selbst wenn es sich auch wirklich in allen diesen 7 Fällen um Infektionen gehandelt haben sollte, sie würden nur einen kleinen Bruchteil unter der Gesamtzahl der beobachteten Fälle von Alopecia areata bilden. Dasselbe läßt sich hinsichtlich eines eventuellen Zusammenhanges der Alopecia areata mit Syphilis sagen. Nur bei neun unter allen meinen Alopeziekranken fand sich Syphilis, darunter bei zwei in Gestalt von gummöser Lues, bei den übrigen sieben als Syphilis latens, wobei die Infektion Jahre, ja Jahrzehnte zurücklag und die WR, bis auf einen Fall mit schwach positivem Ausfall, ein negatives Resultat ergab. An einen Zusammenhang mit Syphilis kann somit in meinen Fällen unmöglich gedacht werden. Auch die von SPITZER beschriebene Kopflymphdrüsenschwellung, auf welche JADASSOHN und seine Schule Gewicht legen als Beweis des Zusammenhanges mit Angina oder irgend einer anderen Infektion der Mundhöhle, habe ich nur ausnahmsweise konstatieren können! Dagegen brachten die Kranken selbst in je einem Fall ihre Alopezie in Verbindung mit überstandener Malaria, Fleckfieber, Diphtherie und Herpes zoster. Die meisten, nämlich 25 Personen, gaben an, daß dem Haarausfall Aufregungen vorausgegangen waren, bald Schreck infolge von Verhaftung, bald Sorgen des abzulegenden Examens wegen, bald Furcht vor Ausschluß aus der Universität, bald Verlust der Stellen oder Tod eines nahen Verwandten. Es überwogen somit die Fälle von Alopecia areata infolge nervöser Störungen, indem sie den sechsten Teil aller meiner Fälle ausmachten. Um mich zu überzeugen, inwieweit die Alopecia areata in Verbindung stehe mit Nerven- und Geisteskrankheiten, untersuchte ich mit gütiger Erlaubnis des Oberarztes Dr. A. SAIZHEFF vom Moskauer Preobrashenski-Irrenhaus und Prof. W. GILJAROWSKI, Direktor der Nervenklinik an der II. Moskauer Universität, die Insassen dieser beiden Anstalten. Ich fand an der ersteren unter 299 geisteskranken Männern 7 mit Alopecia areata und unter 212 geisteskranken Frauen 2 mit Alopecia areata, demnach unter 511 geisteskranken Personen 9 Fälle von Alopecia areata; an der letzteren Anstalt unter 69 Personen männlichen Geschlechts 3 mit Alopecia areata und unter 72 Personen weiblichen Geschlechts 1 mit Alopecia areata, also unter 141 Personen beiderlei Geschlechts 4 Fälle von Alopecia areata. Eine Untersuchung auf Pilze konnte zwar nicht vorgenommen werden, jedoch war die Diagnose unzweifelhaft. Groß ist die Anzahl der Alopecia-areata-Kranken unter den Nerven- und Geisteskranken demnach nicht zu nennen, sicher aber, daß diese Fälle gegen eine parasitäre Natur sprechen, da sonst eine Übertragung bei so unruhigen Kranken mehr als wahrscheinlich wäre. STRICKLER, später MORELLE konstatierten bei Alopecia areata häufig eine Lymphozytose. Dank der liebenswürdigen Untersuchung von 32 meiner Fälle durch den Bakteriologen Dr. A. KOWARSKI, wofür ich ihm auch an dieser Stelle meinen wärmsten Dank ausspreche, kann ich das vollauf bestätigen, da bei allen diesen Fällen die Lymphozyten auf 27—50% erhöht waren. Das ist interessant, gibt aber doch keine Erklärung für die Ätiologie der Alopecia areata ab, wo eine Lymphozytose unter sehr verschiedenen Umständen gefunden wird. Von viel größerer Bedeutung ist, wieviele meiner Kranken Zeichen von Störungen endokriner Drüsen aufwiesen. Leider habe ich darauf erst in der letzten

Digitized by Google

Zeit meine besondere Aufmerksamkeit gerichtet; immerhin sind aber auch diese infolgedessen geringen Befunde höchst bedeutungsvoll. Bei zwei Männern fand sich die Alopecia areata zusammen mit Vitiligo, bei einem dritten mit sehr schwach entwickelten Hoden; bei drei Frauen trat sie während der Gravidität auf, bei einer vierten wurden starke Störungen der Menstruation, bei der fünften ein Basedow konstatiert. Endlich wurde in einem Fall, welcher speziell darauf untersucht werden konnte, eine ausgesprochene Hyposympathikotonie nachgewiesen.

Fassen wir die Ergebnisse unserer Beobachtung zusammen, so zeigt sich, daß für die parasitäre Theorie trotz des Vorkommens gelegentlicher, merkwürdiger, scheinbarer Übertragungen gar kein Beweis vorliegt und dieselbe abgelehnt werden muß. Der Charakter des Haarausfalls bei der Alopecia areata spricht auch gar nicht für einen parasitären, wo wir bei solchem Schuppenbildung sehen und hier gerade nicht. Mehr ähnelt der Haarausfall bei der Alopecia areata, wie nicht zu leugnen ist, demjenigen bei sekundärer Syphilis. Der Unterschied besteht eigentlich nur in der geringen Zahl der Herde und in ihrem größeren Umfang. Aber gerade in dieser Periode der Syphilis fand sich in meiner Statistik kein einziger Fall von Alopecia areata, und überhaupt ist das Zusammentreffen mit Syphilis so selten, daß diese Krankheit als spezielle Ursache der Alopecia areata ausgeschlossen ist. Dagegen deuten die zahlreichen Erkrankungen an Alopecia areata im Anschluß an Gemütsbewegungen auf trophoneurotische Störungen hin; nur mit dem Unterschiede gegenüber früher, daß wir heute diese Störungen im sympathischen Nervensystem suchen, welches, wie Lévy-Franckel richtig bemerkt, durch die verschiedensten Momente gereizt werden kann. Noch wird diese Annahme nicht durch viele Beweise gestützt; daher wagten wir, über unsere, zwar nicht zahlreichen Beispiele zu berichten, damit sie zu weiterer Stütze derselben dienen können.

Literatur.

Ayres jr., Arch. of Derm. a. Syph., 1923, Bd. 8, S. 502. — Barber, Proceedings of the Royal Society of Medicine, 20. III. 1919. — Barthélemy, Franz. Ges. f. Derm. u. Syph., 7. III. 1901. — Bremener, Russ. Zschr. f. Haut- u. vener. Krkh., Sept. 1912, Bd. 24. — Buschke und Peiser, Berl. Derm. Ges., 5. V. 1922. — Casal Garcia, Actas dermo-sifiliograficas, 3. VI. 1921. — Gaucher, Ann. de thérapeutique dermatologique et syphiligr., 1906, Bd. 6, Nr. 24. — Gawalowsky, Tschechoslowak. wiss. Ges. f. Derm. u. Vener. Prag, 23. III. 1923. — Golay, Ann. de Derm. et de syph., 1922, Nr. 8—11. — Hallopeau, Verh. der derm. Sektion des internat. med. Kongresses, Paris. 29. Aug. 1900. — Hallopeau, Ann. de thérapeutique dermatologique et syphiligr., 1906, Bd. 6, Nr. 24. — Hutchinson, Derm. Ges. von Großbritannien und Irland, 25. XI. 1896. — Hudelo und Rabut, Presse méd., 1923, Jg. 31, S. 727. — Jacquet, Verh. der derm. Sektion des internat. med. Kongresses, Paris, 29. Aug. 1900. — Jacquet, Presse méd., 1900, Nr. 93. — Jadassohn, Verh. der derm. Sektion des internat. med. Kongresses, Paris, 29. Aug. 1900. — Jenkins, The British Journ. of Dermatology, Nov. 1915. — Lassar, Verh. der derm. Sektion des internat. med. Kongresses, Paris, 29. Aug. 1900. — Lévy-Franckel und Juster, Bull. de la soc. franç. de derm., 1922, Nr. 3. S. 93. — Matsumoto, Japan Journ. of Derm. a. Urol., 1923, Bd. 23, S. 303. — Morelle, Presse méd., 1922, Jg. 30, S. 561. — Montgomery, The journ. of cut. diseases, März 1915. — Nobl, W. m. W., 1911, Nr. 17 u. 18. — Nobl, Wiener derm. Ges., 8. XI. 1923. — Orr, Brit. J. of Derm. a. syph., 1924, Bd. 36. S. 71. — Pawlow, T., Verh. der derm. Sektion des internat. med. Kongresses, Paris, 29. Aug. 1900. — Petersen, H., Derm. Zschr., 1915, Bd. 22, H. 4. — Pöhlmann, Arch. f. Derm., 1913, Bd. 114, H. 3. — Pontoppidan, 4. Nordischer Dermatologenkongreß in Kopenhagen, 10. Juni 1919. — Sabouraud, Verh.

Digitized by Google

der derm. Sektion des internat. med. Kongresses, Paris, 29. Aug. 1900. — SABOURAUD, Ann. de Derm. et de syph., 1910, H. 11; 1920, Bd. 1. — SABOURAUD und VERNES, Ann. de Derm. et de syph., 1911, H. 5. — SPITZER, Arch. f. Derm., 1921, Bd. 132, S. 268. — STRANDBERG, Acta Medica Scandinavica Nord. m. Ark., 1919, Bd. 52, H. 1. — STRICKLER, Journ. of cut. diseases. 1916. — URBAN, Bórgy ógyaszati urol. és vener. sz., 1923, Bd. 1, S. 239.

Aus der Universitäts-Kinderklinik zu Würzburg.

Das Problem der Übertragung der angeborenen Syphilis.

Von

Prof. HANS RIETSCHEL.

Daß die angeborene Syphilis nur diaplazentar von der syphilitischen Mutter auf das Kind übertragen wird, dürfte heute wohl die Anschauung der meisten Kliniker sein. Wohl nur ganz wenige Ärzte halten an der sog. Infektion ex patre (F. LESSER-CARSTEN, HOCHSINGER) oder gar an einer germinativen Übertragung der Syphilis fest. Die Erfahrung mit der WR, der Nachweis der Spirochäte in den Organen und ihre Übertragung auf Tiere hat der ersten Anschauung immer mehr den Sieg gebracht. Aber es ist außerordentlich lehrreich, die Kämpfe, die mit einem geradezu bewundernswerten Aufwand von Rhetorik, ja Rabulistik, besonders in der zweiten Hälfte des 19. Jahrhunderts um dieses Problem ausgefochten wurden, zu verfolgen. Ich brauche nur an die Namen HUNTER, RICORD, HUTCHINSON, FOURNIER, KASSOWITZ, FINGER, MATZENAUER u. a. zu erinnern. Und doch ist mit dieser Tatsache das Problem nichts weniger als geklärt.

Es leuchtet ein, daß bei einer syphilitischen Schwangeren ein Übergang von Spirochäten auf den Fötus während der ganzen Graviditätszeit möglich ist. Nur ist die Tatsache viel zu wenig bekannt, daß histologische Veränderungen des Fötus bei angeborener Syphilis erst nach dem 7. Schwangerschaftsmonat häufiger und nur ausnahmsweise früher, jedoch nie vor dem 5. Monat vorkommen. Es braucht eben eine gewisse Anzahl von Monaten, ehe es zur Infektion des Fötus kommt. Je früher natürlich der Fötus infiziert wird, um so schwerer wird seine Syphilis sein, um so eher wird er als faultote Frühgeburt ausgestoßen; je später die Infektion während der Gravidität erfolgt, um so mehr wird die Möglichkeit bestehen, daß ein lebendes syphilitisches Kind geboren wird. Nun findet sich aber bei der angeborenen Syphilis die interessante Erscheinung, daß nicht alle Kinder, die mit angeborener Syphilis geboren werden, diese Krankheit sofort bei der Geburt zeigen, sondern daß in einem Teil der Fälle erst eine gewisse „Latenzzeit" vorübergeht (von einigen Tagen bis zu 12 Wochen), nach der sie an deutlichen Symptomen einer Syphilis erkranken, die sie aber sicher konnatal (kongenital) erworben haben. Es ist weiter durch viele Beobachtungen sichergestellt, daß es absolut unmöglich ist, bei jenen anscheinend gesunden Kindern, die, sagen wir in der 6.—8. Woche ihres Lebens (öfter früher, öfter später) an einer zweifellos angeborenen Syphilis erkranken, irgendwie die Krankheit vor dem Ausbruch sicherer Symptome zu diagnostizieren; sie scheinen wirklich gesund zu sein. Es ist nun weiter klinisch

Digitized by Google

eine bekannte Tatsache, daß Kinder, die mit manifesten Lueserscheinungen geboren werden, eine viel schwerere Erkrankung aufweisen, während bei den anscheinend nicht syphilitisch geborenen Kindern nach jener Latenzzeit die Symptome nur langsam auftreten, dann allerdings schnell zunehmen, wobei neben der sehr häufig vorhandenen Schwellung von Milz und Leber, Erkrankungen der Haut und Schleimhäute besonders vorkommen. Oft nimmt auch die Syphilis bei den letzteren Fällen einen etwas milderen Verlauf. Es ist natürlich völlig logisch, einen besonderen Grund anzunehmen, daß diese Kinder erst nach einer gewissen Latenzzeit an Syphilis erkranken, und zwar auch klinisch oft unter einer von der fötalen Lues verschiedenen Form. Es ist ferner bekannt, daß, je rezenter die Syphilis der Mutter, um so schwerer die Syphilis des Kindes ist. Nun wissen wir weiter, daß die kongenitale Tuberkulose von der Mutter auch nur übertragen werden kann bei einer Tuberkulose der Plazenta, daß wir aber zwei Übertragungsmöglichkeiten annehmen müssen:

1. Die fötale Übertragung der Tuberkulose, d. h. hier war die Tuberkulose der Plazenta so weit vorgeschritten, daß kürzere oder längere Zeit vor der Geburt Bazillen auf den Fötus übergingen und so intrauterin eine Tuberkulose des Fötus sich entwickelte. Bei der Sektion dieser totgeborenen oder bald nach der Geburt gestorbenen Kinder fanden sich stets so hochgradige tuberkulöse Veränderungen, daß man rückschließend nur eine intrauterine Infektion annehmen konnte, die Wochen bzw. Monate vor der Geburt stattgefunden hatte.

2. Die Infektion „intra partum" oder „sub partu", wie ich sie genannt habe. Es entstehen, wie ich glaube, gerade während der Geburt die allerungünstigsten Verhältnisse für das Kind, und die Möglichkeit, daß das Kind gerade während der Geburt infiziert werden kann, vorausgesetzt, daß eine Tuberkulose der Plazenta vorliegt, ist sehr groß und für die Tuberkulose sicher bewiesen. Ich verweise hier auf meine Arbeit im Jahrbuch für Kinderheilkunde[1]), wo ich die einzelnen Fälle aufgezählt habe, die mit Sicherheit beweisen, daß intra partum sehr leicht ein Übergang von Tuberkelbazillen auf den Fötus stattfindet. Es ist weiter begreiflich, daß diese „intra partum" erfolgten Infektionen klinisch nicht als kongenital imponieren, da die Infektion ebensogut bei der Tuberkulose extragenital erfolgt sein kann, denn das Kind wird ja meist in der Umgebung der phthisischen Mutter bleiben, wenn auch nur für kürzere Zeit, aber stets wird die Erklärung einer extrauterin erworbenen Infektion für die Tuberkulose bei oberflächlicher Betrachtung für wahrscheinlicher angesehen werden.

Warum es gerade bei der Geburt so leicht zu einem Übergang von Bakterien der Plazenta auf das Kind kommen kann, ist nicht schwer einzusehen. Man bedenke nur, daß gerade während der Geburt durch die Wehen auf die Plazenta ein starker Druck ausgeübt wird, und daß dadurch mechanisch die Plazenta in Mitleidenschaft gezogen wird. Bedenkt man ferner, daß die Plazenta sich schließlich von der Uteruswand losreißt, daß ein Teil der Haftzotten (d. h. jener in der Decidua serotina

[1]) Jahrbuch für Kinderheilkunde, Bd. 70, S. 62.

Digitized by Google

haftenden) abreißen muß, daß also mütterliches und fötales Blut direkt bei der Geburt miteinander ohne das schützende Chorionepithel kommuniziert, das ohne eine Verletzung kein Bakterium durchläßt; bedenkt man ferner, daß gerade das pathologisch (tuberkulös) veränderte morsche Gewebe besonders leicht einreißen kann, so wird man dem Gedanken Raum geben müssen, daß bei der Geburt sehr leicht Bakterien in die Blutbahn gelangen können und von der Mutter als Danaergeschenk dem Kinde mitgegeben werden. Das Kind aber wird anscheinend gesund geboren und erkrankt nach Wochen bzw. Monaten klinisch nachweisbar an Tuberkulose, die aber kongenital erworben ist. Dieser Modus ist für die Tuberkulose, da die Befunde von Tuberkelbazillen beim Fötus einwandfrei sichergestellt sind, als ganz sicher anzunehmen.

Liegt es nun nicht nahe, was für die Tuberkulose gilt, auch auf die Lues zu übertragen? Auch hier haben wir, wie wir wissen, eine Syphilis der Plazenta, und ein einziger Herd kann genügen, um bei der Geburt, wo er unter dem Druck der Wehen einreißt, die Spirochäten, die er beherbergt, frei werden und aus Zufall in das fötale Blut gelangen zu lassen. Es kommt auf das zeitliche Moment der Infektion an, und während in der Uterinperiode zu jeder Zeit ein Infekt des Fötus denkbar ist, je nachdem die Erkrankung der Plazenta vorgeschritten ist, tritt bei der Geburt noch einmal die größte Infektionschance auf; hier finden viele Infektionen statt; daher werden die Kinder so oft gesund geboren, daher die Latenz (Inkubation)[1]). — Man könnte einwenden (Pfaundler, Pfitzer u. a. haben es getan), daß es auffällig sei, daß die Latenzzeit nicht in allen Fällen die gleiche sei, daß einmal der Ausbruch der Krankheit bald nach der Geburt, bald nach 3, einmal nach 5, ja einmal nach 8 Wochen und später stattfindet. Diesem richtigen Einwand möchte ich folgendermaßen begegnen: Die Virulenz des Syphiliserregers dafür verantwortlich zu machen, ist nicht wahrscheinlich. Wichtiger ist schon die Widerstandsfähigkeit (allgemeine Konstitution) des Kindes, da wir wissen, daß das eine Kind leichter einem Infekt erliegt als das andere. Die wichtigste und ausschlaggebende Rolle aber erkenne ich in dem quantitativen Grade der Infektion, d. h. ob das Kind bei der Geburt von der Mutter mit viel, mit wenigen, ja vielleicht mit einer einzigen Spirochäte infiziert wird. Daß die Menge der Infektionserreger für den Verlauf der Infektion eine große Rolle spielt, darüber kann heute ein Zweifel nicht mehr möglich sein (Flügge u. a.), und wir können uns sehr gut vorstellen, daß bei einer Infektion, die mit vielen Spirochäten stattfindet,

[1]) Fischl stellt meine Theorie der Infektion „intra partum" oder „sub partu" gleich der „Infektion en passage" von Hunter, wo sich das Kind beim Durchtritt durch den Gebärkanal kutan an primären oder sekundären Affektionen der Mutter infiziert. Bei mir handelt es sich natürlich um eine hämatogene (oder lymphogene) Infektion des Fötus durch die Nabelschnur, also um etwas ganz anderes. Ich habe auch niemals Hunter, der „gewiß eine unglückliche Hand in der Übertragungsfrage hatte, als Gewährsmann" zitiert. Ich muß eine solche falsche Darstellung aufs schärfste zurückweisen, da sie mit meinen Worten direkt in Widerspruch steht. So nehme ich auch gegen Gräfenberg, der in der Tat der Hunterschen Lehre sich wieder nähert, als er in der Koryza des jungen Kindes den Primäraffekt sehen will, scharf Stellung. Fischl hat anscheinend meine Arbeiten mißverstanden.

Digitized by Google

die Generalisierung eine schnellere und die Inkubationszeit daher eine kürzere sein kann als bei einer Infektion mit nur wenigen Spirochäten. Der Einwand, daß die Latenzzeit beim Säugling ebensolang dauern müßte wie beim Erwachsenen, ist nicht stichhaltig, denn das kongenital infizierte Kind entbehrt eines kutanen Primäraffektes und über die Generalisierung des hämatogenen Infektes wissen wir nicht viel. Und endlich kommt die große Widerstandsunfähigkeit des Säuglings gegen eine solche Infektion hinzu. Die Lues wie die Tuberkulose stellt für das neugeborene Kind eine Krankheit dar, gegen die es sich weit weniger zu schützen imstande ist als der Erwachsene. Diese sich täglich wiederholende Erfahrungstatsache muß uns abhalten, die bei Erwachsenen gemachten Beobachtungen ohne weiteres auf den Säugling zu übertragen. Und für alle jene Fälle, die so schwer in das Schema hineinpassen, der alternierenden kongenitalen Lues, wo auf ein luetisches Kind ein gesundes und dann wieder ein luetisches Kind folgt, wo bei Zwillingen das eine syphilitisch ist, das andere gesund bleibt, finden wir darin die Erklärung, daß es eben dem Zufall überlassen ist, ob sie bei der Geburt von der Infektion ereilt werden oder nicht. Gerade dadurch sind die scheinbaren Ausnahmen am leichtesten zu erklären, gerade dadurch wird auch erklärt, daß eine Mutter, die postkonzeptionell mit Lues infiziert wird, ein luetisches oder ein gesundes Kind gebären kann, weil die Erkrankung der Plazenta vielleicht noch nicht so fortgeschritten ist und es so dem Zufall überlassen bleibt, ob nicht noch bei der Geburt Spirochäten auf das Kind übertreten, wenn nicht schon intrauterin eine Infektion stattgefunden hat. Dabei nehme ich an, daß ein Übergang von Spirochäten von der Mutter auf das Kind um so leichter erfolgen kann, je näher der Geburtstermin kommt. Einmal wird die Plazentasyphilis immer stärker werden, je länger Spirochäten dort nisten, sodann werden vorzeitige Wehen, Zerrung des Kindes an der Nabelschnur usw. einen solchen Übergang leichter machen, so daß bei vielen Kindern die Infektion in den letzten 2—3 Wochen vor der Geburt erfolgt und bald nach der Geburt die Syphilissymptome auftreten; aber ist das Kind bis zur Geburt verschont geblieben, so kommt in der Geburt noch einmal ein besonders günstiger Moment für die Übertragung und das Kind erhält als letztes Geschenk der Mutter die Spirochäte. Ich habe oben ausgeführt, daß alle anderen Erklärungen etwas Geschraubtes haben. Daß Schutzstoffe, die von der Mutter übertragen werden, den Ausbruch hindern, möchten wir ablehnen. Noch unwahrscheinlicher ist es, anzunehmen, daß das Kind in utero schon eine Syphilis durchgemacht hat. Alle klinischen Erfahrungen sprechen gegen eine solche Annahme.

Wie verhalten sich nun die Kinder? Es geht aus allen Untersuchungen hervor (Bauer, Halberstädter, Erich Müller und Reiche, Rietschel, Bergmann), daß fast stets eine positive WR angetroffen wird, wenn klinisch eine Lues beim Säugling vorliegt. Da aber die positive Reaktion erst mit den klinischen Erscheinungen auftritt, so muß sie in der Latenzzeit, d. h. in den ersten Wochen nach der Geburt negativ sein. Das ist nach vielen Untersuchungen sicher der Fall. Die negative WR beim Neugeborenen beweist also nichts, weil wir im Inkubationsstadium untersuchen.

Freilich kann die WR bei der Geburt des Kindes schon positiv sein, ohne daß stets eine Lues des Kindes vorliegen muß, vorausgesetzt, daß

Digitized by Google

die Mutter eine solche positive Reaktion hat. Da während der Geburt mütterliches und fötales Blut ausnahmsweise kommuniziert, so kann eine positive Übertragung dieser Wassermannkörper auf das Kind stattfinden. Solche Fälle haben wir selbst gesehen, ebenso Boas, Thomsen. Sie beweisen gerade, daß während der Geburt in der Tat mütterliches und fötales Blut kommuniziert.

Ich teile z. B. folgende eigene Beobachtung mit:

Eine sichere (aber behandelte) Luetika bringt ein anscheinend gesundes Kind zur Welt. Am zweiten Tag nach der Geburt wird bei Mutter und Kind die WR gemacht, die in beiden Seren positiv ausfällt. Das Kind entwickelt sich sehr gut und bleibt völlig gesund. Im Alter von $3^1/_2$ Monaten sehe ich das Kind wieder, jetzt WR negativ, Kind dabei vollkommen gesund und unverdächtig.

Esch hat den weiteren Schluß gezogen, daß nicht einmal stets eine Plazentasyphilis nötig wäre, um die Syphilis hämatogen auf den Fötus zu übertragen. Das mag sein, ändert aber natürlich nichts an der prinzipiellen Bedeutung dieses plazentaren Infektionsmodus. Viel wichtiger ist die Frage: „Werden alle kongenital syphilitischen Kinder nur hämatogen durch das Blut der Nabelschnur angesteckt, sei es intrauterin, sei es intra partum?“

Diese Frage möchte ich durchaus nicht bejahen. Im Gegenteil sprechen pathologisch-anatomische Befunde der Nabelschnur gegen einen solchen ausschließlich hämatogenen Infektionsmodus. Fast immer finden wir nämlich bei angeborener Syphilis Infiltrate in der Nabelschnur. Von manchen Autoren werden solche Infiltrate der Nabelschnur, die an der Insertion der Plazenta und an der des Kindes am stärksten gefunden werden, als beweisend für Lues congenita des Kindes gehalten. Nun fehlen den Nabelschnurgefäßen alle Kapillaren (vasa vasorum); es ist also das wahrscheinlichste, daß von der Plazenta eine lymphogene Infektion in der Nabelschnur vorwärts schreitet und natürlich so das Kind auch infizieren kann. Vielleicht sind auch so die seltenen Fälle zu deuten, wo wir ein syphilitisches Ulkus am Nabel sehen (Guggenheim, L. F. Meyer). Dieses Ulkus würde dann gewissermaßen den echten Primäraffekt darstellen. Thomsen fand nun interessanterweise bei Lues der Mutter in einigen Fällen solche Infiltrate in der Nabelschnur, ohne daß die Kinder syphilitisch waren oder wurden. Man könnte hier an eine Syphilis tarda denken, aber Thomsen, der ein ausgezeichneter Forscher ist, betont, daß er unmöglich auch den leichtesten Ausbruch der Syphilis übersehen habe und daß die WR stets negativ war. Man muß also diese Kinder wirklich als gesund ansehen. Wir möchten annehmen, daß hier die Infektion lymphogen in der Nabelschnur entlang gekrochen ist, daß sie aber, als die Geburt erfolgte, das Kind noch nicht erreicht hatte; zugleich blieb das Kind aber von einer hämatogenen Infektion intra partum verschont.

So wäre gewiß manche Frage in diesem Dunkel klarer und doch bleibt ein wichtiges Problem immer noch offen. Die Frage, woher haben denn die Mütter, die klinisch und anamnestisch frei von Syphilis sind, ihre Lues?

(Schluß folgt.)

Digitized by Google

Die gesetzliche Regelung der Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten.

Referat erstattet von

E. Delbanco in Hamburg.

(Fortsetzung.)

Die Grundlage jeder hygienischen Bekämpfung der G.-Kr. besteht in ihrer frühen und sicheren Erkenntnis und in der möglichst schnellen Aufhebung bzw. Verminderung ihrer Ansteckungsgefährlichkeit. In dieser Hinsicht hat die Medizin in den letzten Jahrzehnten außerordentlich große Fortschritte gemacht, welche jetzt endlich zur vollen Verwertung auch für die Volksgesundheit kommen müssen. Die frühzeitige Diagnose auf Grund mikroskopischer Untersuchung ist der erste dieser Fortschritte. Der zweite ist die Möglichkeit, durch eine eingreifende Behandlung der frühesten Stadien in den allermeisten Fällen von Syphilis und Gonorrhoe die Ansteckungsgefahr zu vermindern oder aufzuheben, und speziell bei der Syphilis durch wiederholte Behandlung die ansteckenden Rückfälle hintanzuhalten, ferner durch genaueste Kontrolle festzustellen, ob und wie weit noch Ansteckungsgefährlichkeit besteht. Dazu gehört die eingehendste Kenntnis der modernen Untersuchungs- und Behandlungsmethoden, welche nur durch ein vollständiges medizinisches Studium erworben werden kann. Es handelt sich hier um im Interesse der Volksgesundheit notwendige diagnostische und therapeutische Maßnahmen an den Kranken. Der Staat muß verlangen, daß diese von solchen Personen ausgeführt werden, welche dazu die nötige Eignung besitzen, und er muß sich die Gewähr dafür verschaffen. Das kann er aber nur, wenn die Untersuchung und Behandlung der Geschlechtskranken ausschließlich denjenigen überlassen wird, welche sich dem Staat gegenüber als dazu befähigt erwiesen haben — das sind einzig und allein die approbierten Ärzte. Die Verpflichtung, sich behandeln zu lassen, wird also für die Geschlechtskranken noch dahin erweitert, daß die Behandlung durch einen für das Deutsche Reich approbierten Arzt stattfinden muß (§ 2). Ja für die Untersuchungen bzw. Zeugnisse, welche, wie früher dargelegt, für die Gesundheitsbehörde notwendig sind, müssen sogar besondere „behördlich dazu ermächtigte Ärzte" herangezogen werden. Das ist gewiß berechtigt, da für diese verantwortungsvolle, auf Geheiß des Staates erfolgenden Eingriffe in das Leben des Einzelnen der Staat möglichst vollständige Garantien verlangen und bieten muß, wie sie nur speziell qualifizierte Ärzte bieten (ganz analog den beamteten Ärzten in der Seuchengesetzgebung). Es ist aber damit nicht gesagt, daß das nur ganz vereinzelte Ärzte sein müssen; alle vertrauenswürdigen Fachärzte, beamtete Ärzte, aber auch andere, die sich eingehender mit diesen Fragen beschäftigt haben, können behördlich ermächtigt werden. Es folgt hieraus, daß auf diesem Gebiete im Interesse der allgemeinen Gesundheit Nichtapprobierte, sog. Naturheilkundige usw., nicht zugelassen werden dürfen.

An diese Ausschließung hat sich eine außerordentlich lebhafte Diskussion geknüpft, die von den gerade auf dem Gebiete der G.-Kr. besonders tätigen Laienbehandlern mit den gehässigsten Angriffen auf die Ärzte und auf die medizinische Wissenschaft, mit einer ganz ungewöhnlichen Benutzung aller nur irgend möglichen Propagandamittel geführt wurde.

Ich hoffe, daß es nicht nötig sein wird, in diesem Kreise diese ganze Frage, die für uns keine Frage ist, ausführlich zu besprechen[1]). Aber ich muß ihr einige Worte widmen, denn es ist notwendig, daß in den weitesten Kreisen keine Unklarheit darüber herrscht, woran der Gesetzentwurf im Vorjahr eigentlich gescheitert ist:

---

[1]) Näheres bei Jadassohn (Mitteilungen der Deutschen Gesellschaft zur Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten, 1923, Bd. 21, Nr. 3) und bei F. Pinkus (Medizinische Klinik, 1923).

Digitized by Google

Der Reichstag hatte sich mit der Annahme der Verpflichtung zur Behandlung der ansteckenden G.-Kr. durch approbierte Ärzte und mit dem Verbot ihrer Behandlung durch nichtapprobierte Personen einverstanden erklärt. Auch das war nicht ohne schwere Kämpfe vonstatten gegangen. In dem bevölkerungspolitischen Ausschuß waren — in einer nichtoffiziellen Sitzung — auch Vertreter der sog. Naturheilkunde zu Worte gekommen; aber sie hatten ihrer Sache so wenig genützt, daß gerade nach ihren Darlegungen der Ausschluß der Nichtapprobierten von der Behandlnng der ansteckenden G.-Kr. mit großer Majorität angenommen wurde. Der für jeden hygienisch und sozial zugleich Denkenden selbstverständliche Standpunkt wurde akzeptiert, daß der einzelne im Interesse der Allgemeinheit auf die Freiheit verzichten muß, sich untersuchen und behandeln zu lassen, von wem und wie er wolle. Es war aber notwendig gewesen, noch eine weitere Kautele anzubringen. Das geschah im § 6, welcher bestimmte, daß auch die nichtansteckenden Krankheiten der Geschlechtsorgane den Nichtapprobierten entzogen werden müssen. Hier nun setzte die letzte Agitation der Naturheilkundigen ein, und sie führte im Reichstage nach einer lebhaften Diskussion zu ihrem Siege. Die Forderung des Gesetzentwurfs war unentbehrlich; denn wurden die nicht ansteckenden G.-Kr. freigegeben, so mußte sich das unmögliche Resultat ergeben, daß die Nichtapprobierten alle Geschlechtskranken untersuchen und behandeln konnten; sie hätten dann wohl immer behauptet, daß sie ihre ansteckende Natur nicht erkannt hätten, und es wäre kaum je zu einer Bestrafung gekommen. Sie hätten die ansteckend Kranken nicht über die Natur ihrer Erkrankung belehrt, da sie ja sonst die Behandlung gleich hätten aufgeben müssen; sie hätten sie nicht melden können, wenn sie sich der Behandlung entzogen, sie hätten immer weiter für ihre Kuren Reklame treiben können — die Kranken hätten den Unterschied zwischen ansteckenden und nicht ansteckenden G.-Kr. nicht beachtet — kurz, die Nicht-Ärzte wären allen den Beschränkungen und Verpflichtungen nicht unterworfen gewesen, welchen, wie wir noch sehen werden, die approbierten Ärzte in dem Entwurf unterworfen werden sollten. So wäre denn das, was der Gesetzentwurf anstrebte: die Erkennung und Behandlung der ansteckenden G.-Kr. auf wissenschaftlich-medizinischer Grundlage zum Zwecke der Verhinderung ihrer Ausbreitung — zunichte geworden; die ansteckenden Patienten wären den Nichtapprobierten geradezu zugetrieben worden; denn gerade die Gefährlichsten, jede Meldungsmöglichkeit Scheuenden hätten dann die Ärzte gemieden. Es ist ganz erstaunlich, daß das Parlament mit einer allerdings geringen Mehrheit diese Anschauung nicht akzeptiert und die nicht ansteckenden G.-Kr. den Nichtapprobierten freigegeben hat. Es entzieht sich der Beurteilung, wie weit dabei zu weitgehende Rücksicht auf die persönliche Freiheit der Kranken oder auf die materiellen Interessen der Nichtapprobierten oder eine durch die Propaganda dieser bedingte Überschätzung ihrer Tätigkeit mitgewirkt hat. Die dabei in den Vordergrund gerückten Notfälle auf dem Lande haben jedenfalls diese Bedeutung nicht. Auch ein sie berücksichtigender Vermittlungsantrag wurde abgelehnt. Mit vollem Recht hat der Reichsrat den so modifizierten § 6 als untragbar bezeichnet und wohl wesentlich aus diesem Grunde den Gesetzentwurf abgelehnt. Es muß alles nur Mögliche geschehen, damit dieser Paragraph so wiederhergestellt wird, daß diese Hintertür für die Nichtapprobierten geschlossen bleibt. Nur dann kann die hygienische, d. h. die wissenschaftliche Basis des ganzen Gesetzes als gewahrt gelten.

Ich möchte hier auf eine weitere Besprechung dieser Frage nicht eingehen. Ich möchte nur noch eines hervorheben: Man hat es so darstellen wollen, als wenn das Gesetz ein unerhörtes Privileg für die Ärzte und ganz besonders für die Quecksilber- und Salvarsanbehandlung schaffen wollte. Das erstere ist nicht unerhört, sondern selbstverständlich, denn die ansteckenden G.-Kr. gehören ganz ebenso wie alle anderen Volksseuchen zu dem Gebiet, über welches nur die staatlich anerkannten Vertreter der staatlich anerkannten wissenschaftlichen Medizin maßgebende Urteile fällen können. Was würde man sagen, wenn heute bei Choleraverdacht ein Naturheilkundiger, der keinerlei Befähigungsnachweis für bakteriologische Untersuchungen beigebracht hat, die Entscheidung treffen sollte, von der das Wohl der ganzen Bevölkerung abhängt? Das Privileg für diese ärztliche Tätigkeit ist nichts anderes als das Privileg für alle für Leben und Gesundheit wichtigen Betätigungen, für die unbedingt spezielle und besondere technische Fähigkeiten erforderlich sind. Die Patienten sollten auch keineswegs dem einzelnen Arzt ausgeliefert werden, denn sie hätten ihn wechseln können (unter Mitteilung an ihn), und die der Gesundheitsbehörde angezeigten wären ja in deren Schutz gewesen.

In allen Staaten Europas (mit Ausnahme des Kantons Appenzell-Außer-Rhoden [und neuestens auch Basel-Land] ist die ärztliche Tätigkeit der Nichtapprobierten ver-

Digitized by Google

boten — in Deutschland will man sie nicht einmal auf einem Gebiete ausschalten, das in so hohem Grade von allgemein-hygienischer Bedeutung ist wie das der Geschlechtskrankheiten.

Der zweite Einwand aber, daß man auf dem Umwege durch das Gesetz Quecksilber und Salvarsan geradezu monopolisieren will, ist tatsächlich unberechtigt. Jeder Arzt kann — auch nach den protokollierten Erklärungen der Regierung — seiner Überzeugung entsprechend behandeln, jeder Patient darf zu dem Arzt seines Vertrauens gehen; aber die Zeugnisse müssen — bei Verbreitungsverdacht eventuell immer wieder — durch einen staatlich dazu anerkannten Arzt ausgestellt werden. Ist durch oder während einer ärztlichen Behandlung, welche auf Quecksilber, Salvarsan, Bismut usw. verzichtet, die Ansteckungsgefahr erloschen, dann ist alles geschehen, was der Staat verlangen kann. Die Patienten werden schon selbst entscheiden, bei welchen Ärzten sie dieses Ziel leichter erreichen. Eine besondere Sicherheitsmaßnahme ist noch dadurch eingeführt, daß niemand zur Duldung ärztlicher Eingriffe gezwungen werden kann, welche mit ernster Gefahr für Leben oder Gesundheit verknüpft sind, und „das Reichsministerium des Innern kann bestimmen, welche ärztlichen Eingriffe insbesondere hierunter fallen". (Zusatz bei der 2. Lesung im Reichstag.)

Man hat außer den durch die erwähnten Maßnahmen aufgefundenen besonders gefährlichen Kranken auch die Gesamtheit der überhaupt in ärztlicher Behandlung befindlichen erfassen wollen, und zwar durch die zwangsweise Meldung. Bei manchen anderen Infektionskrankheiten ist diese bekanntlich nicht entbehrlich und wirksam. Aber die meisten haben erkannt, daß ein schematisch durchgeführter Meldezwang undurchführbar ist. Man würde dadurch unzweifelhaft eine Unzahl Geschlechtskranker von der ärztlichen Behandlung fernhalten. Statt dessen hat man eine „diskrete Meldung" einführen wollen. Die Kranken selbst sollten regelmäßig ein ärztliches Attest über ihre Weiterbehandlung einsenden, und nur, wenn sie die Behandlung vorzeitig abbrechen, sollten sie mit Namen gemeldet werden. Ein solches System hätte noch immer viele Kranke, die jede Berührung mit einer Behörde fürchten, abgeschreckt. Die Geheimhaltung wäre auch dabei nicht immer gesichert gewesen. Außerdem aber wäre ein ungeheurer Verwaltungsapparat in Anspruch genommen worden — und all das ohne Grund für alle diejenigen Kranken, welche den Anordnungen der Ärzte folgen. Auch dieses System ist daher mit Recht von der Regierung und von den meisten Ärzten abgelehnt worden. Diese halten mit Recht an dem Prinzip der ärztlichen Schweigepflicht fest. Aber auch diese muß zurücktreten von dem Augenblick an, in dem der Patient seine sozial-hygienischen Verpflichtungen vernachlässigt. Eine Unzahl Ansteckungen geht gerade von solchen Kranken aus, die sich zwar zunächst in ärztliche Behandlung begeben, sich dieser aber entziehen, wenn sie — und das ist bei den ansteckenden Geschlechtskrankheiten oft sehr bald der Fall — geheilt zu sein glauben. Bei solchen Kranken ist dann meist die Ansteckungsgefährlichkeit nicht behoben, oder sie tritt bald wieder auf. Nur durch den Arzt kann auf Grund von wiederholten und gründlichen Untersuchungen erkannt werden, ob sie als praktisch erloschen bezeichnet werden kann. Die Ärzte haben daher (§ 8) diejenigen Kranken, welche sich der ärztlichen Behandlung oder Beobachtung entziehen, einer Beratungsstelle zu melden — das wurde als die mildeste Form angesehen — und erst wenn das versagt, soll die Gesundheitsbehörde in Funktion treten. Es ist berechtigt, daß diese Meldung auch dann stattfinden soll, wenn der Kranke infolge seines Berufes oder seiner persönlichen Verhältnisse (Wohnung usw.) andere besonders gefährdet.

Es ist selbstverständlich, daß (§ 9) alle diejenigen, welche in ihrer Stellung an einer Gesundheitsbehörde von Geschlechtskranken erfahren, zu unbedingter Verschwiegenheit verpflichtet sind und für deren unbefugte Verletzung bestraft werden.

Die bisher von mir angeführten Bestimmungen sind im wesentlichen nicht strafrechtlicher Natur; sie dienen der Erkennung und der Behandlung der Geschlechtskrankheiten. Die Erfüllung dieser Postulate liegt in gleicher Weise im Interesse der Gesundung der Kranken selbst, als in dem der Gesunderhaltung seiner Mitmenschen. Es sind aber auf diesem Gebiete auch wirkliche Strafbestimmungen nicht entbehrlich, die über das hinausgehen, was im Strafgesetzbuch vorgesehen ist. Hierher gehört in erster Linie der „Gefährdungsparagraph" (§ 4). Nach ihm werden diejenigen bestraft, welche, obwohl sie wissen oder den Umständen nach annehmen müssen, daß sie an einer mit Ansteckungsgefahr verbundenen Geschlechtskrankheit leiden, andere der Ansteckungsgefahr durch geschlechtlichen Ver-

Digitized by Google

kehr aussetzen. Es soll also nicht nur die erfolgte Ansteckung, sondern auch die bloße Gefährdung unter Strafe gestellt werden. Der Grund dafür liegt darin, daß der Tatbestand der Ansteckung, wie erwähnt, oft sehr schwer zu erweisen ist, und daß diejenigen, die sich nicht scheuen, andere der Ansteckungsgefahr auszusetzen, vielfach auch wissen, daß sie der durch sie eventuell erfolgten Ansteckung nicht überführt werden können. Man hat auch gegen diesen Paragraphen angeführt, daß er zu Denunziationen Anlaß geben kann — einen solchen Grund muß ich hier ebenso ablehnen wie schon vorhin. Man hat auch gesagt, daß der Gefährdungsparagraph nur selten praktische Anwendung finden würde. Das ist wohl richtig; trotzdem halte ich ihn für berechtigt, damit wenigstens in einzelnen Fällen ein Exempel statuiert werden kann, damit das Verbrecherische einer solchen Gefährdung ins Volksbewußtsein eingehämmert wird, damit der Arzt seine Kranken auf das Gesetz verweisen kann, wenn er ihnen den Geschlechtsverkehr auf lange Zeit verbieten muß. Die Eheschließung durch einen Geschlechtskranken ohne vorherige Offenbarung wird mit Recht (auch ohne daß ein Verkehr oder eine Ansteckung stattgefunden hat) mit Strafe bedroht (§ 5). Damit aber die mit einer Geschlechtskrankheit Behafteten nicht sagen können, daß sie die bei ihnen vorhandene Ansteckungsgefahr nicht gekannt haben, haben die Ärzte ihre Kranken über die Art und Ansteckungsgefährlichkeit ihrer Krankheit und über die Strafbarkeit einer Gefährdung anderer mündlich und durch ein amtlich genehmigtes Merkblatt zu belehren (§ 7). Solche Merkblätter sind bereits vorhanden — der Arzt kann an der Hand eines in seinen Händen zurückgebliebenen, mit dem Namen des Kranken versehenen Abschnittes jederzeit den Nachweis der erfolgten Belehrung führen. Dadurch wird zugleich eine sachgemäße Aufklärung wenigstens unter allen denen verbreitet, die einmal krank und in Behandlung waren — das ist bis jetzt leider vielfach nicht der Fall.

Weitere strafrechtliche Bestimmungen müssen treffen diejenigen Nichtapprobierten, welche in Verletzung der bereits besprochenen Verbote ansteckende Geschlechtskrankheiten und andere Krankheiten der Geschlechtsorgane behandeln, aber natürlich auch diejenigen — Ärzte oder Nichtärzte —, welche ohne eigene Untersuchung diese Kranken beraten, und die Nichtärzte, welche sich zur Behandlung solcher Krankheiten öffentlich anbieten (§ 6). Es ist leider notwendig, daß auch die Ärzte vor solchen unlauteren Anbietungen durch Strafandrohungen gewarnt werden, denn wie in jedem Stande finden sich auch in dem ärztlichen einzelne unwürdige Elemente. Endlich werden auch (§ 10) Ankündigungen von Heilverfahren usw., welche nicht für Fachleute bestimmt sind, unter Strafe gestellt. Wer weiß, welche Unsumme von Unglück, von vernachlässigten Krankheiten, von Übertragungen wegen falscher Diagnose zurückzuführen ist auf die Reklametätigkeit unzähliger sog. Naturheilkundiger usw. und einiger weniger Ärzte, die noch schwerer zu verurteilen sind als jene, der wird strenges Vorgehen gegen diese antisozialen Mitglieder der Gesellschaft für unbedingt notwendig halten.

Nicht aber soll nach dem Gesetzentwurf (§ 13) das dezente Ausstellen oder Ankündigen von Gegenständen zur persönlichen Prophylaxe gestraft werden; doch kann die Reichsregierung diese einer amtlichen Prüfung unterwerfen. Die von ihr nicht zugelassenen dürfen nicht in den Verkehr gebracht werden (§ 10a).

Die Frage der persönlichen Prophylaxe ist unzweifelhaft eine der schwierigsten auf diesem ganzen Gebiet. Der Einwand, daß durch ihre Empfehlung, ja selbst nur durch ihre Erwähnung die Unsittlichkeit gefördert wird, ist immer wieder erhoben worden. Er ist jetzt mehr theoretisch als praktisch, denn die Tatsache, daß Mittel und Methoden zum persönlichen Schutz existieren, ist in den weitesten Kreisen bekannt. Es ist absolut unmöglich, solche Mittel zu verbieten, denn die einfachsten Desinfizientien sind für diesen Zweck brauchbar. Auch die Präservativs, gegen die man besonders angekämpft hat, weil sie zugleich die Konzeption verhindern, sind nicht mehr aus der Welt zu schaffen. Niemand, der das Leben kennt, wird glauben, daß man durch ihr Verbot den Nachwuchs reichlicher und besser machen würde. Gewiß ist eine aufdringliche Propaganda für diese Dinge vom Übel; sie aber von jeder Ankündigung auszuschließen, das hieße, sie in eine Art von Scheichhandel verweisen und der Kontrolle entziehen. Es ist bei dem Vertrauen, welches die Mittel zur persönlichen Prophylaxe in weiten Kreisen genießen, notwendig, daß nur wirklich Wirksames in den Verkehr gebracht wird — daher die Zulassung ihrer Prüfung durch die Reichsregierung. Es muß dabei natürlich auch darauf geachtet werden, daß in den Prospekten keine falschen Zusicherungen gemacht werden; dazu gehört vor allem, daß ihre Wirksamkeit nicht als eine sichere hingestellt wird; es muß genügend betont werden, daß die persönliche Pro-

Digitized by Google

phylaxe immer nur die Chance der Ansteckung vermindert, nie aber deren Möglichkeit aufhebt. Für alle, welche ihre Bedenken gegen die Zulassung dieser Dinge zur Ankündigung nicht überwinden können, sei nur noch folgendes hervorgehoben: Es gelingt nicht, einen großen Teil derjenigen, welche sich der Ansteckungsgefahr aussetzen, mit Gewalt oder mit Argumenten davon zurückzuhalten. Stecken sie sich an, so machen sie nicht nur sich selbst eventuell fürs Leben unglücklich — und das ist eine wohl etwas allzu schwere Strafe z. B. für einen jugendlichen Fehltritt —, sondern sie machen auch unzählige in jedem Sinne Unschuldige krank und elend — man denke an ihre späteren Ehefrauen und Kinder, an außergeschlechtliche Ansteckungen usw. Wenn man also die schützt, die — oft aus Mangel an Erziehung, unter dem Einfluß des Alkohols usw. — sich unmittelbar der Infektion aussetzen, so schützt man zugleich die anderen. Die persönliche Prophylaxe kann, solange die Menschen sich nicht von Grund aus geändert haben, nicht unterdrückt, sondern diejenigen, welche sich durchaus exponieren wollen, müssen über sie als über ein wesentliches Mittel im Kampf gegen die Geschlechtskrankheiten in dezenter Form mit Betonung der niemals absolut sicheren Wirkung speziell von den Ärzten belehrt werden.

Nur zu erwähnen brauche ich diejenigen Bestimmungen, welche beim Stillen und Pflegen der Kinder die Gefährdung mit Geschlechtskrankheiten unter Strafe stellen (§ 11 und 12). Jeder wird damit einverstanden sein, daß die Säuglinge vor der Ansteckung durch die Brust syphilitischer Frauen und besonders durch Ammen, sowie Kinder überhaupt vor der Ansteckung durch Pflegerinnen nach Möglichkeit geschützt werden, daß aber auch umgekehrt beim Stillen und Pflegen von Kindern die von diesen drohende Ansteckungsgefahr verhindert wird. Bei diesen Bestimmungen kann man wohl in Einzelheiten, nicht aber im Prinzip abweichender Meinung sein.

(Schluß folgt.)

Referatenteil

redigiert von Dr. Marie Unna, Hamburg-Bergedorf.

Fachzeitschriften.

Réunion Dermatologique de Nancy.

Sitzung vom 3. Juni 1924.

Drouet und Marthe Laurent: **Impetigo varioliformis.** Kind von 3 Jahren, seit dem Alter von 4 Monaten an impetiginösem Ekzem des Gesichts erkrankt. Während der zeitweiligen Remissionen blieben einige seborrhoische Krusten zurück, von denen wahrscheinlich eine auf Streptokokkeninfektion beruhende Impetigo ausging, die zu mit Fieber verbundener Schwellung des Gesichts und ausgedehnter Pustelbildung und Eiterkrusten führte. Ähnliche Erscheinungen an den Handrücken und den Unterarmen. Das Kind ging innerhalb 6 Tagen zugrunde.

Drouet und Michon: **Tuberkulöse Ulzerationen der Hand und des Fußes** (Ulcérations tuberculeuses de la main et du pied). Trotz Fehlens sonstiger tuberkulöser Erscheinungen wird die Erkrankung als atypische tuberkulöse Geschwüre aufgefaßt mit Rücksicht auf den außerordentlich langsamen chronischen Verlauf, ihre geringe Neigung zur spontanen Vernarbung, das histologische, völlig tuberkulöse Bild und eine Fistel an der linken Hüfte.

Barthélemy: **Die Behandlung der varikösen Geschwüre mit Zuckerlösung** (Le traitement des ulcères variqueux par l'eau sucrée). Gute Erfolge in 3 Fällen mit Umschlägen mit Zuckerlösung 60 : 1000.

Barthélemy: **Cornu cutaneum am Hacken** (Corne cutanée du talon). Hartnäckig rezidivierendes Cornu cutaneum am Hacken auf nach Kriegsverletzung narbig veränderter Haut. Heilung durch Überpflanzung eines Lappens vom anderen Bein nach der italienischen Methode.

Digitized by Google

PROPERTY OF RESEARCH LABORATORIES

J. Watrin: **Fall von „Erysipelas perstans des Gesichts"** (Un cas d'„érisipèle persistant de la face"). Seit mehreren Jahren bestehende rote ödematöse Flecke der unteren Augenlider und des oberen Abschnittes der Wangen. Die Stellen erscheinen zeitweise stärker ödematös und geben dann ein Gefühl von Spannung. Es dürfte sich um eine besondere, abgeschwächte Form von Lupus erythematosus handeln.

L. Spillmann, Pelthier und Watrin: **Fall von „Granulosis rubra nasi"** (Un cas de „granulosis rubra nasi"). Mädchen von 11 Jahren; außerdem Akroasphyxie der Extremitäten und Hyperidrosis palmaris und plantaris. Erfolgreiche Behandlung mit Kryokauter.

J. Watrin: **Intensive Wismutstomatitis** (Stomatite bismuthique intense). Trotz sehr starker Erscheinungen waren die Nieren frei geblieben.

L. Spillmann, Watrin und Drouet: **Über einen Fall von Mycosis fungoides** (A propos d'un cas de mycosis fongoide). Am ganzen Körper ekzematös-lichenoide Erscheinungen; außerdem an verschiedenen Stellen Knoten bis zu Nußgröße. Für die Diagnose einer im Stadium der Entwicklung von Neubildungen befindlichen Mycosis fungoides spricht besonders der Befund von kleinen mit Lymphozyten angefüllten Zellnestern im Corpus mucosum, ferner der schnelle Rückgang auf Röntgenbestrahlungen. Sabouraud: Man könnte auch an diathetische Prurigo (Besnier) denken.

R. Sabouraud: **Über die Mittel zur Verlangsamung des Alterns der Gesichtshaut** (Sur les moyens de retarder la décrépitude des vieux visages). Bei zu feiner und trockener Haut, bei der keine Poren zu sehen sind, dauernde Anwendung von Creme; beim Waschen Entfernung dieser mit Öl, dann Mischung von Azeton-Alkohol-Wasser, dann wieder Creme und Puder. Häufiger als diese gesunde ist die durch chronische Infektion mit dem Mikrobazillus infizierte Haut; es kommt dadurch zu den seborrhoischen Veränderungen, der eigentlichen Seborrhoe (Schwefel in Puder, Salben, Waschungen, Lösung), den Verdickungen und Infiltrationen der umgebenden Gewebe = Acne hypertrophica (Kompression durch Kautschukmasken, Massage), der Erythrose und Rosazea (Regelung der Ernährung, Alkalien, Ignipunktur). An der durch chronische Seborrhoe vorzeitig gealterten Haut treten Folgeerscheinungen auf: Verrucae seniles (Galvanokauter), Krustenbildung, Epitheliome. Ferner finden sich auf der Haut fast aller alten Frauen Molluscum pendulum, Naevi fibromatosi (Elektrolyse), Xanthelasma (Galvanokauter), Hypertrichosis (Besserungen durch 1%ige Salbe von Thalliumazetat, lange Zeit hindurch, täglich, Beseitigung durch Elektrolyse; Röntgenbehandlung verworfen). In Betracht kommen ferner Haarfärbungen (alle Mittel schädigen das Haar, Vergiftungen bei Blei- und Anilinderivaten) und die ästhetische Chirurgie; diese wird vorläufig nur für die Akne hypertrophica und das Rhinophyma empfohlen, nicht für die Hängebacken und die Stirnrunzeln, bei denen sie besonders in Amerika angewendet wird.

L. Spillmann, Watrin, Drouet und Dombray: **Krankenvorstellungen aus der Dermatologischen Klinik.** 1. Alopecia areata (Pelade décalvante). 2. Pellagroides Erythem des Gesichts und der Hand (Erythème pellagroide de la face et de la main). 3. Serpiginöses, tubero-krustöses Syphilid (Syphilides tuberculo-crustacées serpigineuses). 4. Die zu den vorstehenden Mitteilungen über tuberkulöse Ulzerationen der Hand, Erysipel des Gesichts, Granulosis rubra nasi, Mycosis fungoides gehörigen Kranken.

E. Levin-Berlin.

Venerologia und Dermatologia.

1924, Nr. 4.

Allgemeine spezifische Behandlung der progressiven Paralyse und der Tabes dorsalis, von Robustow. Die Behandlung der Tabes mit Hg führte zu keinen nennenswerten Resultaten; diejenige mit Salvarsan sowohl bei Tabes als auch bei der dementen Form der Paralyse zu entschiedenen Besserungen. Es wurden nach der Sicardschen Methode Einspritzungen von 0,2—0,3—0,45 Neosalvarsan jeden 2.—3. Tag und im ganzen 20 gemacht.

Zwei Fälle von Reinfektion der Syphilis, von Grshebin und Feldmann. In dem einen Fall erfolgte die Reinfektion nach 3 Jahren, in dem andern nach 1½ Jahren.

Über die prophylaktische Exzision des syphilitischen Primäraffektes, von Kamanin. Unter 20 Fällen, wo die Exzision vorgenommen wurde, erfolgten in allen, bis auf 2, allgemeine Lymphadenitis und sekundäre Ausschläge.

Digitized by Google

Die Veränderungen der Hautallergie unter dem Einfluß verschiedener physikalisch-chemischer Mittel, von Tschimanko. In 40 Fällen wurden parallele Versuche angestellt, einerseits mit Tuberkulin, andererseits mit Novokokain-Tuberkulinlösungen von derselben Stärke. Hierbei wurde unter dem Einfluß von Novokokain in 30% eine geringe Abschwächung der Pirquetschen Reaktion und in 5% eine Verstärkung derselben konstatiert. Außerdem wurde in einer zweiten Reihe von Versuchen die Haut zuerst durch physikalisch-chemische Mittel vorbehandelt, ehe die Pirquetsche Reaktion mit oder ohne Novokokainzusatz ausgeführt wurde. Es erwies sich, daß das Novokokain keine Wirkung auf derartig vorbehandelte Haut ausübte.

Zur Behandlung der Trichophytie mit intravenösen Einspritzungen von Lugolscher Lösung, von Salutzki. Die intravenösen Injektionen von Lugolscher Lösung zu 1,0—1,2—1,5—2,0 in 80,0 physiologischer Lösung, über einen Tag bis zu insgesamt 5 Einspritzungen angewandt, haben eine rasche und radikale Wirkung auf die Trichophytia profunda. Zur Verhütung von Endophlebitis sind aber große Verdünnungen notwendig. Die Einspritzungen lassen sich auch intramuskulär vornehmen. Bei Trichophytia superficialis ist die gleichzeitige intravenöse und lokale Anwendung der Lugolschen Lösung ratsam.

Zur Behandlung der Schuppenflechte mit intravenösen Einspritzungen von salizylsaurem Natrium bei gleichzeitiger Salbenbehandlung, von Smelow. Verf. sieht in der Hübnerschen Methode keinen besonderen Fortschritt.

Lichen spinulosus, von Erschoff. Der Lichen spinulosus ist als ein atrophisch-sekretorischer Prozeß anzusehen, welcher in einer Atrophie und Hypofunktion der Talgdrüsen der Haut bei gleichzeitiger Hyperproduktion des Epithels der Hornschicht der Haarbälge besteht.

Über eiternde Orchitis blennorrhoischer Herkunft, von Salutzki. Zu den von Buschke im Jahre 1905 gesammelten 17 Fällen von Orchitis blennorrhoica fügt Verf. einen 18. aus der Literatur (Mattrassi) und zwei eigene Beobachtungen aus der Klinik von Prof. Frohnstein.

Versuche von Behandlung blennorrhoischer Prozesse mit Divakzine, von Gliener. In 42 Fällen verschiedener blennorrhoischer Komplikationen wandte Verf. die amerikanische „Thyphoid-mixed-Vaccine" an, welche aus einem Gemisch von Bacillus typhosus und Bacillus paratyphosus α und β besteht. Die Resultate waren bei Epididymitis wie Arthritis und Myositis blennorrhoica sehr günstige.

Zur Charakteristik der in Moskau kultivierten Dermatomyzeten, von Finkelstein und Sigalow. Von besonderem Interesse ist ein Vergleich der in Moskau gefundenen Pilze mit den Angaben von Fischer:

Befund:	nach Fischer	nach Finkelstein und Sigalow
Tr. cerebri	in 69,5%	8,1%
Tr. rosaceum	„ 24,0%	0,5%
Tr. gypseum	„ 5,8%	8,1—32,3%
Tr. violaceum	„ 0,7%	70,3%
Mikrosp. Audouini	—	13,5%

Um möglichst reine Kulturen zu erhalten, wandten die Verff. die Finkelsteinsche Methode an, welche in der Vorbearbeitung des zu untersuchenden Materials (Haare, Schuppen oder Gewebsteile) im Laufe von 2—4—6 Min. mit 2%igem Antiformin und darauffolgender Abspülung in physiologischer Kochsalzlösung besteht, worauf erst die Kultur auf Sabouraudschem Nährboden angelegt wird. Das Wachstum erfolgt im Thermostat bei 37° und nicht wie früher bei Zimmertemperatur. Die Pilze des Favus kommen in zwei Arten vor, als Achorion Schönleini und als Achorion gypseum. Im allgemeinen muß gesagt werden, daß man in der Regel deutlich ausgesprochene Kulturen erhält, aber daß auch Übergangsformen vorkommen, welche schwer zu bestimmen sind.

Zur Frage der Bekämpfung der Blennorrhoe der Kinder, von Sutejew. Bericht über die in dieser Hinsicht in Moskau vorgenommenen Maßregeln.

Die Syphilis in der schönen Literatur, von Grün. Eine fesselnde Reproduktion der Beschreibung der Syphilis bei verschiedenen französischen und russischen, auch deutschen Koryphäen der Belletristik. A. Jordan-Moskau.

Digitized by Google

Mitteilungen aus der Literatur.

Mund und Nase.

Über eine der Glossitis gleichbedeutende Schleimhauterkrankung der Nase bei der perniziösen Anämie, von A. Schwenkenbecher-Marburg. (Kl. W., 1924, Nr. 34, S. 1559.) Im Symptomenbilde der perniziösen Anämie finden sich regelmäßig Veränderungen an der Zunge in Form von Brennen und Schmerzen verursachenden Bläschen und Exkoriationen an der Spitze und an den Rändern. Verf. konnte in einigen Fällen ähnliche Veränderungen auch an der Nasenschleimhaut beobachten, die aber meistens nicht sehr erhebliche Schmerzen verursachten. Ebenso wie die Zungensymptome sind diese Erscheinungen bei einer Besserung des Leidens verschwunden und bei einer Verschlechterung von neuem aufgetreten. E. Langer-Berlin.

Tierische Parasiten und Fremdkörper.

Experimentelle Läusestudien. II. Über die Wirkung des Speichels des Pediculus auf die Integumenta des Menschen, von E. N. Pawlowsky und A. K. Stein, Zool. Inst. u. Hautkl. Petersburg. (Zschr. f. ges. exp. Med., 1924, Bd. 42, H. 1/3, S. 15.) Die Versuche ergaben, daß der ganze Symptomenkomplex der Verlausung durch die Wirkung des Sekrets der bohnenförmigen Speicheldrüsen zustande kommt; im Zusammenhang damit muß man die entblößten, Lymphe ausscheidenden Hautbezirke des Läseträgers zur Gruppe der Dermatitiden zählen. Die Lymphe ausscheidenden Bezirke sind eine Pforte für das Eindringen verschiedener Bakterien, welche eitrige Prozesse an den erkrankten Hautteilen hervorrufen. An den von Haaren bedeckten Teilen des Kopfes kann bei mangelnder Reinlichkeit die serös-eitrige Ausscheidung eintrocknen Die Haare verkleben sich und es entsteht die unter dem Namen „Weichselzopf" bekannte Krankheit, der also neben dem sekundären Bakterieneindringen die primäre toxische Wirkung des Speichels der bohnenförmigen Drüsen auf die Haut des Menschen zugrunde liegt. Alle Symptome und Komplikationen der Verlausung sind nach dem Ergebnis vorliegender Untersuchungen der Wirkung des Agens dieser Drüsen zuzuschreiben, während die hufeisenförmigen Drüsen sich in dieser Beziehung als indifferent erweisen. Letztere müssen wohl auch irgend welche Bedeutung haben, die aber noch nicht festgestellt werden konnte. Die Vergleiche zwischen den Eigenschaften des Speichels der Läsegattungen Pediculus und Phthirius zeigen einen merkwürdigen Parallelismus: das spezifische Agens des Speichels der Läse, das in den bohnenförmigen Drüsen enthalten ist, bestimmt den Charakter der Wirkung der Läse als Ektoparasiten auf den Menschen. M. Stern-München.

Die Untersuchung der Eosinophilie bei Skabies (Ricerca dell' eosinofilia nella scabbia), von T. Venturi, Klinik Pelizzari Florenz. (Il Policlinico Sez. prat. fasc. 25.) Verf. hat 150 Krätzekranke, von denen er aber nur 39 regelmäßig kontrollieren konnte, auf Eosinophilie untersucht. Auf Grund seiner Beobachtungen gelangt er zu folgenden Schlüssen: Die Krätze bedingt weder konstant noch bei allen Fällen Eosinophilie. Auf Grund der wiederholt untersuchten Fälle gelangt er zu folgenden Annahmen: Entweder hatte die Eosinophilie schon vor der Krätze bestanden und ist unverändert geblieben, oder, wenn sie durch die Skabies bedingt war, so erhielt sie sich lange nach Erlöschen der Krankheit, weshalb der Kranke in verschiedenen Abschnitten zu untersuchen wäre. Es ist möglich, daß sie an den Organismus gebunden und durch den Akarus oder das Kratzen provoziert wird. E. Freund-Triest.

Akute exanthematische Infektionskrankheiten.

Die Masernprophylaxe mit Masernrekonvaleszentenserum, von K. Kundratitz. (Seuchenbekämpfg., 1924, Jg. 1, H. 3/4, S. 76.) Die im Mautner-Markhofschen Kinderspital an 230 Fällen vom Verf. gemachten Beobachtungen können die Erfahrungen von Degkwitz über den volksgesundheitlich hohen Wert seiner Methode der passiven und aktiven Immunisierung mit M.R.S. voll bestätigen. Die vom Verf. mitgeteilten Zahlen über die Maserntodesfälle, zumal in Wien, zeigen die Notwendigkeit der Prophylaxe besonders für Kinder bis zum 6. Lebensjahr. Die Degkwitzsche Methode der Gewinnung des M.R.S. zwischen 7. und 21. Tage der Rekonvaleszenz wird nochmals

Digitized by Google

eingehend besprochen, desgleichen die Bestimmung der als Schutzeinheit (Sch.E.) bezeichneten Dosis und ihre praktische Anwendung je nach dem vorliegenden Inkubationstage. Wem die Einzelheiten noch nicht aus den Degkwitzschen Originalarbeiten bekannt sind, seien sie hier zusammengefaßt zum Nachlesen empfohlen. Von den eigenen Beobachtungen des Verf. sei noch hervorgehoben, daß von 25 noch nicht gemaserten, nach Degkwitz immunisierten Kindern der Diphtherieabteilung, die mit Masernkranken zusammenlagen, nicht ein einziges an Masern erkrankt ist. Das Wesentliche im weiteren Kampfe gegen die Masern als epidemische Krankheit ist die Schaffung von Zentralen zur Gewinnung und Verabfolgung von M.R.S. nach dem Muster, wie es Degkwitz selbst in München gegeben hat. Diese Organisation wird vom Verf. eingehend geschildert und die ärztliche Allgemeinheit dadurch auf die Wichtigkeit hingewiesen, überall Stellen zu schaffen, die M.R.S. im Epidemiefalle abgeben können, da normales Erwachsenenserum in nur 50% der Fälle sich als brauchbarer Ersatz erwies.

F. Jacobsohn-Berlin.

Erfahrungen mit der Degkwitzschen Masernprophylaxe, von F. Goebel-Jena. (Zschr. f. ärztl. Fortbild., 1924, Nr. 12, S. 358.) An der Jenaer Kinderklinik sind die Erfahrungen mit der Degkwitzschen Masernprophylaxe durch intramuskuläre Injektion von Rekonvaleszentenserum außerordentlich günstig gewesen, wenn die Originalvorschriften streng innegehalten wurden. Säuglinge sind als Serumspender ungeeignet. Hat man Rekonvaleszentenserum nicht zur Verfügung, so kann man Erwachsenenserum verwenden, das gleichfalls gute Resultate gibt. Für die Praxis empfiehlt sich statt der Seruminjektion die Einspritzung der doppelten Menge Blut, das im Verhältnis 10 : 1 mit einer 2%igen Natriumzitratlösung vermischt ist. M. Gumpert-Berlin.

Die Behandlung von Masern mit Pyramidon (Amidopyrin in the Treatment of Measles), von M. Loewenthal. (Brit. m. J., 1924, Nr. 3315, S. 51.) Aus Beobachtungen, welche sich über 13 Jahre erstrecken, entnimmt L., daß das Pyramidon (Amidopyrin) eine spezifische Wirkung auf die Maserninfektion ausübt, indem regelmäßig binnen 12 Stunden damit völlige Euphorie, Temperaturabfall und Hemmung des Weiterschreitens des Ausschlags erzielt wird. Er gibt bei Erwachsenen 0,72 g pro die, bei Kindern entsprechend weniger nach der Formel: (Jahreszahl + 1) × 0,03 pro die. Daneben wurde meistens zur Bekämpfung des Hustenreizes Pulvis Doveri gegeben.

A. Philippi-Bad Salzschlirf.

Die Verhütung des Scharlachs (The Prevention of Scarlet Fever), von G. F. Dick und G. H. Dick-Chikago. (J. Am. m. Ass., 1924, Bd. 83, Nr. 2, S. 84.) Experimentelle Forschungen zur Ätiologie des Scharlachs. Verff. gelang es, durch Übertragung einer Reinkultur von Streptococcus haemolyticus auf den Pharynx und die Tonsillen eines Menschen, experimentell Scharlach zu erzeugen. Nach Filtration der Kultur durch Berkefeldfilter blieb der gleiche Impfversuch negativ. Exanthem, Übelkeit und Erbrechen wurden durch ein vom Streptococcus haemolyticus erzeugtes Toxin hervorgerufen. Dieses Gift eignet sich zur Hautprobe, gleich der Schickschen Reaktion. Herstellung von Standart-Toxin-Lösungen möglich. Immunisierung gegen Scharlach durch drei Injektionen von 300—1000 Testeinheiten in dreitägigen Intervallen bis zum Negativwerden der Reaktion. Bei sicherer Infektionsgefahr zuerst Hautprobe: Bei negativem Ausfall abwarten, bei positivem Ausfall Rachenabstrich auf Blutagarplatte. Wachsen keine Streptokokken, Toxininjektionen; andernfalls passive Immunisierung mit humanem Scharlachrekonvaleszentenserum. Durch Immunisierung von Pferden mittels Toxin erfolgreiche Gewinnung von Antitoxin. Scharlachempfänglichkeit und Diphtherieempfänglichkeit, geprüft mit der Schickschen Hautprobe, stimmt bei 7000 Schulkindern ungefähr überein.

R. Ley-Kreuznach.

Studien zur Theorie der Variola- und Vakzineimmunität, von F. W. Winkler, Hyg. Inst. Univ. Rostock. (D. m. W., 1924, Nr. 38, S. 1219.) Auf Grund literarischer und experimenteller Studien kommt Verf. zu folgender Vorstellung über das Zustandekommen der Variola- und Vakzineimmunität. Das Pockenvirus bereitet sich mit Hilfe ausgeschiedener verdauender Stoffe (Protoxine) einen günstigen Nährboden im Rachen. Von hier aus gelangen die Protoxine in den Kreislauf, speziell in die Zellen des retikuloendothelialen Systems, bahnen dann dem Virus den Weg und regen die Zellen zur Antikörperbildung an. Das Virus selbst siedelt sich in den durch äußere Einflüsse gereizten Teilen der Haut an, gleichzeitig treten Veränderungen im Serum auf. Der Körper ist nur zu Beginn der Antikörperbildung gegen das Protoxin empfindlich. Im weiteren Verlauf bilden sich mehr Antikörper, die das Toxin entgiften. Durch die Entgiftung werden die Protoxine unwirksam, und das Virus vermag sich nicht mehr anzusiedeln

Digitized by Google

und zu vermehren. Der immunisierende Reiz der Vakzine bleibt nur so lange bestehen, als lebendes Virus im Körper vorhanden ist. Die Immunität schwindet mit dem Leben der Zellgeneration, die unter der Wirkung des Virus gestanden hat. F. Harry-Wiesbaden.

Über die subkutane und intrakutane Impfmethode mit Kuhpockenlymphe beim Menschen, von C. Leiner-Wien. (Seuchenbekämpfg., 1924, Jg. 1, H. 3/4, S. 69.) Die subkutane Impfung hat keinen Eingang in die Praxis gefunden, da die erfolgte Haftung ohne die praktisch nur schwer durchführbaren Kontrollimpfungen nicht mit Sicherheit zu erkennen ist. Demgegenüber scheint dem Verf. die Intrakutanimpfung die Methode der Wahl bei den mit Dermatosen behafteten Impflingen, weil das Entstehen eines Ekzema vaccinatum hierbei ausgeschlossen ist. Notwendig ist eine Verdünnung der Lymphe je nach dem Grade ihres Virulenzgehaltes. Die Virulenz der von der staatlichen Impfstoffgewinnungsanstalt bezogenen Lymphe schwankt von Jahr zu Jahr. Verf. bestimmt sie nach dem Reaktionsgrad an kutan geimpften Kindern jeweilig für ein Jahr. Z. Zt. arbeitet er mit Verdünnung 1 : 50 bis 1 : 75. Beschreibung der Verdünnungstechnik. Auch mehrere Wochen haltbare Verdünnungen in Amphiolen sind im Handel (Austria-Apotheke, Wien IX), doch bei der Einfachheit der Technik wohl überflüssig. Von den Modifikationen der Injektionstechnik ist wohl die von Czapski empfohlene am einfachsten: Einstechen unter die Haut und von unten her in die Kutis. Der Verlauf der intrakutanen Impfreaktion entspricht mutatis mutandis ziemlich vollkommen der kutanen. Auch für die Ausbildung der Allergie und Dauer des Impfschutzes scheint kein Unterschied zwischen beiden Arten der Impftechnik zu bestehen. F. Jacobsohn-Berlin.

Die subkutane Pockenimpfung von Tieren zur Erlangung eines reinen Vakzins (La vaccination sous-cutanée des animaux pour obtenir du vaccin pur), von E. Chaumier. (Cptes. rend. acad. des sciences. 1924, Bd. 178, Nr. 14, S. 1224.) Verf. macht im Anschluß an die Untersuchungen von Blanc und Caminopetros über das Pockenvirus im Bindegewebe nach subkutaner Impfung von Kaninchen auf seine eigenen Untersuchungen aus dem Jahre 1916 am Rinde aufmerksam. Auf Grund seiner Versuche kam er zu dem Resultat, daß sich der Gewebssaft avirulent verhält, während das Bindegewebe selbst sich als virulent erweist. Es kann somit als sicher gelten, daß das Pockenvirus ausschließlich in den Zellen lokalisiert ist. M. Gumpert-Berlin.

Intrakutane Impfung gegen Pocken (Intracutaneous Vaccination Against Smallpox), von J. H. Gettinger-New York. (Med. J. and Record, 1924, Bd. 120, Nr. 3, S. 115 bis 117.) Die intrakutane Vakzination hat den Vorteil, daß der unangenehme Schorf nach der Skarifikation fortfällt, allgemeine Reaktionen sehr gering sind, die Möglichkeit sekundärer Infektionen beseitigt wird und eine allgemeinere Ausbreitung der Vakzination dadurch befördert werden kann. E. Levin-Berlin.

Variola vera, Varizellen und varioloiformes Syphilid, von Esau, Kreiskrkh. Oschersleben-Bode. (M. Kl., 1924, Nr. 32, S. 1109—1110) Nicht nachweisbare Infektion bei älterem Manne, durch positive WR geklärt. Pustulöses Syphilid über den ganzen Körper. Differentialdiagnostisch unterscheidet sich Variola vera durch stets gleiche Form und Größe der Pusteln; bei Varizellen und Syphilis Auftreten in Schüben verschiedener Stadien von Pusteln. Bei Varizellen erfolgt Heilung in 2—3 Schüben, bei Syphilis treten solche öfter auch noch nach Wochen auf. Vermißt wurden in dem beschriebenen Falle die bei derartigen Formen meist beobachteten starken Allgemeinerscheinungen einer schweren Infektion. E. Levin-Berlin.

Knochendystrophien nach Variola (Bone Dystrophies of Variola), von J. W. Cathcart-El Paso (Texas). (Am. J. Roentgenol., 1924, Bd. 11, Nr. 3, S. 229.) 2 Fälle von Knochenerkrankung nach Pocken. 6jähr. Mädchen, vor 3 Jahren Pocken, gegen Ende der Erkrankung Schmerzen in Armen und Beinen, die als Rheumatismus gedeutet wurden. Auf der Innenfläche der linken Tibia entwickelte sich ein Abszeß, der nach Auskratzung des Knochens heilte. Außerdem deformierten sich in den letzten Jahren immer mehr Vorderarm und Handgelenk. Bei der Durchleuchtung wurden alte Nekrosen in Ulna, Tibia und Fibula festgestellt. Radius verbogen und verdickt. Die Epiphysenlinien sind z. T. zerstört. In dem anderen Fall handelte es sich um einen 20jähr. Mann, der in frühester Jugend Pocken durchgemacht hatte. R. Vorderarm ist verkürzt, die Ulna ist viel länger als der Radius, so daß die Hand radioflektiert ist. Im Röntgenbild ist das distale Ulnarende konisch, mit dem Radiusende verwachsen. Außerdem dichte Schatten und Rauhigkeiten an der distalen Epiphyse, die auf alte entzündliche Veränderungen schließen lassen. Es handelt sich also in beiden Fällen um nekrotische Herde im Knochensystem, die auch Ossifikationszentren befallen und dadurch Wachstumshemmungen und Deformitäten bewirken können. L. Gumpert-Blaschko-Berlin.

Digitized by Google

Lepra.

Überimpfung der Lepra des Menschen auf das Kaninchen (Inoculation de la lèpre humaine au lapin), von H. Limousin. (Cptes rend. Acad. des Sciences, 1924, Bd. 178, Nr. 6, S. 599.) L. gelang es, durch Reinfektion in die vordere Augenkammer beim Kaninchen die Lepra des Menschen einzuimpfen, und zwar benutzte er den Nasenschleim des Leprakranken, nachdem derselbe von den sehr zahlreich darin vorhandenen Keimen sekundärer Infektion befreit war. Nach Umlauf von 6 Wochen enthielt der Humor aquaeus zahlreiche säurefeste Bazillen; es wurde nun in dasselbe Auge eine zweite Injektion desselben Lepramaterials, von demselben Kranken stammend, ausgeführt. Der Humor aquaeus enthielt nach Umlauf eines Jahres keine säurefesten Bazillen mehr. Das Tier, das sich in trefflichem Gesundheitszustande gehalten hatte, wurde 22 Monate nach der ersten intraokulären Injektion getötet. Die Autopsie zeigte makroskopisch Unversehrtheit aller Organe, mit Ausnahme der Lungen, welche mehrere Knoten von Kirschkerngröße aufwiesen. Einer dieser Knoten enthielt milchig-weißen Eiter, worin in großen Mengen säure-alkoholfeste Bazillen mikroskopisch festzustellen waren. L. ist der Ansicht, daß das positive Resultat dieser Impfung darauf beruht, daß bei dem Versuchstiere eine Reinfektion vorgenommen wurde, und daß 22 Monate gewartet wurde, bis es getötet wurde, da diese lange Zeit wahrscheinlich notwendig ist, um die experimentellen Leprabefunde klar erscheinen zu lassen. Schließlich glaubt L. die Aufmerksamkeit auf die große Resistenz der Leprabazillen, die in Menge von den mit Veränderungen der Nasenschleimhaut behafteten Patienten ausgeworfen werden, lenken zu müssen. M. Stern-München.

Tuberkulose.

Über den Einfluß des Tuberkulins auf die Gewebsatmung, von P. Rondoni, Inst. f. allg. Path. Neapel. (Zschr. f. ges. exp. Med., 1924, Bd. 42, H. 1/3, S. 380.) Die Versuche, welche R. teils in vitro, teils in vivo an Meerschweinchen angestellt hat, sprechen wohl im Sinne der Auffassung, daß das Tuberkulin einen „Reizstoff" darstellt, demgegenüber die Gewebe des tuberkulös infizierten Tieres am empfindlichsten sind. Es scheint sogar, daß das spezifisch veränderte Gewebe den höchsten Grad der Empfindlichkeit aufweist. Die Tuberkelbazillenstoffe, die sich in Kulturfiltraten vorfinden, haben gewöhnlich, nach der Reduktion der aromatischen Nitrogruppen gemessen, eine steigernde Wirkung (in vitro) auf die Gewebsatmung, und zwar ist diese Wirkung stärker auf tuberkulöses Gewebe als auf normales. Sicherlich wirken als Reiz auch die Stoffe des sterilen Kulturnährbodens, die Kulturflüssigkeit aber, die die Produkte des Tuberkelbazillus enthält (Kulturfiltrat, Alttuberkulin) hat stets eine exquisitere Wirkung. Quantitativ kommt also eine gewisse Spezifität in Erscheinung. Die Verabreichung des Alttuberkulins bringt bei den lebenden (infizierten) Tieren gewöhnlich eine Schwankung der nachher geprüften Atmungsvorgangsintensität mit sich, die nicht immer im positiven Sinne ist. Die Auffassung des Tuberkulins als eines bis zu einem gewissen Punkte spezifisch abgestimmten Reizkörpers wird also durch diese Untersuchungen bestätigt.
M. Stern-München.

Eine Tuberkulinflockungsprobe, von Rodenacker, Krkanst. der A.-G. f. Anilinfabr. (D. m. W., 1924, Nr. 36, S. 1211.) Verf. verwendet zu seiner Flockungsprobe rote Blutkörperchen und Tuberkulin. Die roten Blutkörperchen werden mit neutralem Phosphatpuffer zweimal gewaschen. Darauf werden 10 ccm einer 5%igen p_H-Phosphatpuffer-Blutkörperchenaufschwemmung mit 2 Tropfen Alttuberkulin Höchst gemischt. Nach einer Stunde werden H-Ionenkonzentrationsreihen, die um 0,2 p_H aufsteigen, mit 4 Tropfen Blutkörperchenaufschwemmung versetzt. 12 Stunden später Wasserbad von 56° und Zusatz von 1 ccm 0,9%iger NaCl-Lösung. Nach 10—15 Minuten wird die Ausflockung abgelesen. Mit Tuberkelbazillen geimpfte Meerschweinchen ergaben schon am zehnten Tage eine deutlich verstärkte Ausflockung in den mit Tuberkulin versetzten Röhrchen. Die Resultate der Flockungsprobe stimmten mit den Tuberkulinallergieproben beim Menschen überein. F. Harry-Wiesbaden.

Über Tuberkulin in Salbenform und seine Verwendung für die Diagnostik der Tuberkulose in der Praxis, von E. Löwenstein. (Seuchenbekämpfg., 1924, Jahrg. 1, H. 3/4, S. 80.) Verf. hat, ermutigt durch die günstigen Erfahrungen mit der Moroschen Ektebinsalbe, eine unter dem Namen „Dermotubin" im Handel befindliche Salbe hergestellt; diese besteht aus eingedickter Glyzerinbouillonkultur der Tuberkelbazillen, ohne irgend ein anderes Vehikel. Sie enthält also konzentriertes Tuberkulin und abgetötete

Digitized by Google

Tuberkelbazillen. Die Anwendung zu diagnostischen Zwecken ist sehr einfach: Entfetten der Haut mit Äther oder Benzin, Betupfen der entfetteten Hautstelle mit einem Tröpfchen dieser „Salbe", Verreiben mit Finger oder Wattebausch. Verf. schreibt, daß Moro, Pirquet, Mändel mit diesem Präparat ausgezeichnete Reaktionen gehabt hätten. Auch therapeutische Untersuchungen sind im Gange, aber natürlich noch nicht publikationsreif. F. Jacobsohn-Berlin.

Tuberkulose und Dermographismus nebst Bemerkungen über das Verhältnis zwischen vasomotorischer Erregbarkeit und der Pirquetschen Reaktion, von G. Stutz, Solothurnische Tuberkuloseheilstätte Allerheiligenberg. (Schweiz. m. W., 1924, Nr. 30, S. 676—679.) Bei 118 (männlichen und weiblichen) Personen wurde die Dermographia peripherica und dolorosa geprüft. Bei der ersteren war die Reaktion auf der Brusthaut stets viel lebhafter als auf der Armhaut. Bei chronischen Prozessen und nur bei Erkrankungen 2. und 3. Grades wurden Unterschiede zwischen links und rechts festgestellt, indem die Reaktion auf der stärker erkrankten Seite geringer ist; auch die Intensität ist hier geringer. An den Armen fanden sich keine Stärkenunterschiede. Fälle des 3. Stadiums gaben ebenso wie anscheinend auch schwerer Erkrankte auffällig geringe Reaktionen. Bei der Dermographia dolorosa war die Reaktion auf der Armhaut stets geringer als auf der Brusthaut. Bei typisch einseitigen Prozessen ist der Dermographismus auf der kranken Seite lebhafter, die Latenzzeit kürzer, Intensität und Breite der Ränder größer; bei doppelseitigen Prozessen lebhaftere Reaktion auf der Haut über der stärker kranken Lunge. Fälle des 3. Stadiums mit schlechter Prognose ergaben sehr geringe Ausschläge. Die Dermographia dolorosa wäre danach zu diagnostischen Zwecken zu verwenden. Entsprechend dem Verhalten beim Dermographismus zeigten sich entsprechende Unterschiede auch beim Pirquet. Bei seinem Zustandekommen hat die unspezifische vasomotorische Erregbarkeit sicher großen Anteil. E. Levin-Berlin.

Tuberkulose und Ernährung. II. Mitteilung, von R. Bieling, Bakt.-serol. Abt. der Höchster Farbwerke. (Zschr. f. Hyg. und Infkrkh., 1924, Bd. 102, H. 3/4, S. 568.) Frisch infizierte Meerschweinchen verhielten sich gegenüber der Skorbutnahrung nicht weniger resistent als Normaltiere. Bestand dagegen die tuberkulöse Erkrankung längere Zeit (6 Wochen), so starben diese Tiere früher als nichtinfizierte Skorbuttiere. Die Überempfindlichkeit der tuberkulösen Meerschweinchen gegen Skorbut war unabhängig von der Schwere der tuberkulösen Erkrankung. Der Skorbut vermochte andererseits keine Aktivierung der Tuberkulose herbeizuführen. Die Tiere erlagen sicherlich der Summation zweier Schädigungen. Die Sektion ergab das Bild einer mittleren oder geringen Organtuberkulose und das eines mäßigen Skorbutes. Verf. schließt aus seinen Versuchen, daß Skorbut für chronisch Tuberkulöse lebensgefährlich werden kann.
F. Harry-Wiesbaden.

Versuche zur Immunisierung gegen die Infektion mit Tuberkulose (Essais d'immunisation contre l'infection tuberculeuse), von A. Calmette, C. Guérin und Weill-Hallé. (Presse méd., 1924, Nr. 53, S. 553.) In zwanzigjähriger Arbeit haben Verff. im Verein mit anderen Mitarbeitern das Problem der tuberkulösen Infektion studiert und danach getrachtet, ein Schutzmittel gegen Tuberkulose, als Analogon zu der Kuhpockenimpfung etwa, herzustellen. Sie haben durch Züchtung von Tuberkelbazillen auf einem Nährboden von gekochten Kartoffeln und Glyzerin unter Zusatz von Ochsengalle, durch nicht weniger als 230 Generationen hindurch ausgeführt, einen Bazillenstamm hervorgebracht (den sie als BCG bezeichnen), welcher, auch in größten Dosen einverleibt, niemals Tuberkulose hervorruft und andererseits imstande ist, tuberkelfreie Tiere und auch Menschen auf eine gewisse Zeit gegen die Tuberkuloseinfektion resistent zu machen. Nachdem diese Fähigkeit in zahlreichen Laboratoriumsversuchen an verschiedenen Tieren bestätigt worden ist, haben Verf. seit 1921 bis Mai 1924 eine Reihe von 127 jungen Kälbern in einigen von Tuberkulose heimgesuchten Meiereien innerhalb der ersten zwei Lebenswochen geimpft mit dem Resultate, daß diese Tiere alle vollkommen gesund blieben. Allerdings muß die Impfung jedes Jahr wiederholt werden, da die Immunisierung nicht länger vorhält. Im weiteren Verlauf haben sie dann bei 217 neugeborenen Kindern diese Präventivimpfung vorgenommen. Ein Nachteil wurde niemals beobachtet. Die genauere Kontrolle konnte bei 178 Kindern 18 Monate lang ausgeführt werden. Es sind 9 von ihnen gestorben; bei 6 konnte die Todesursache nicht eruiert werden; bei 2 lag Bronchopneumonie vor, bei einem gastrointestinale Störungen. Man hatte bei 53 Kindern Gelegenheit, die Pirquetsche Reaktion einige Zeit, meistens 3 Monate, nach der Impfung, welche in 3 Portionen im Laufe der ersten 9 Lebenstage zu je 2 mg der BCG

Digitized by Google

Bazillen verabreicht wurde, zu prüfen. Bei 88,7% der Fälle fiel dieselbe negativ aus. Weitere Beobachtungen mit größeren Impfdosen sind bei einer weiteren Reihe von Säuglingen im Gange. A. Philippi-Bad Salzschlirf.

Die Erkrankungen der Knochen bei Lupus pernio und Boecks Miliarlupoid, von F. Fleischer, Röntgeninstit. des Wilhelminenspitals und der Lupusheilstätte in Wien. (Fortschr. Röntgenstr., 1924, Bd. 32, H. 3/4, S. 194—218.) 7 z. T. durch viele Jahre beobachtete Fälle von Lupus pernio (wohl identisch mit Boecks Miliarlupoid). Die primären Knochenveränderungen zeigen 2 Typen: a) runde, scharf begrenzte, kleinere und größere Aufhellungsherde, zunächst in den Phalangen, weniger in Metakarpal- und Metatarsalknochen; diese Veränderungen stehen genetisch und formal den Hautveränderungen der großknotigen Form des Boeckschen Lupoids sehr nahe; b) an den langen Knochen der Hände und Füße allgemeiner Umbau mit grober, unregelmäßiger Bälkchenstruktur; Parallele zur diffus infiltrierenden Form des Boeckschen Lupoids. Schließlich treten dann Veränderungen trophischer Natur auf durch Narbeneinschnürung und starke Störungen, wodurch grobe Formveränderungen, Verschmächtigung, Verkürzung, Zusammenbruch, Mutilation entstehen. Das Wesen der Erkrankung wird in einer durch eine voraufgegangene Infektion mit (abgeschwächter) Tuberkulose zustandegekommenen „Kondition" des Organismus gesehen, der nun auf einen lokalen spezifischen oder unspezifischen Affekt mit der Bildung eines tuberkulösen Granuloms reagiert.
E. Levin-Berlin.

Erythema induratum (Report of a Case Treated with Tuberculin and the Kromayer Lamp), von H. E. Alderson und H. C. Coe-San Francisco. (California State J. of Med., Jan. 1924.) Seit 2 Monaten bestehende Ulcera, die unter Tuberkulin- und Quarzlampenbehandlung abheilten. Nach einiger Zeit trat nach vorübergehender Reaktion endgültige Heilung (binnen 4 Monaten) ein. E. Schäfer-Göttingen.

Behandlung eines Falles von Tuberkulosis der Mundschleimhaut und Zungenschleimhaut mit Schleimhautsalben, von W. König. (Diss., Kiel 1923.) Die Arbeit berichtet über guten Heilerfolg bei einem mit Schleimhauttuberkulose behafteten Lupuskranken, dessen äußere Herde gleichzeitig unter Röntgenbehandlung schwanden, während die tuberkulösen Affektionen an Mund- und Zungenschleimhaut mit Ichthargan 1,5—3,0, Mucilago gummi 10,0, Eucerin. anhydric. ad 30,0 behandelt wurden.
E. Schäfer-Göttingen.

Die ultravioletten Strahlen und die radiotherapeutischen Kombinationen bei lokalisierter Tuberkulose (Les rayons ultra-violets et les associations radiotherapiques dans les tuberculoses localisées), von J. Saidman. (Presse méd., 1924, Nr. 53, S. 555.) Verf. rühmt mit großer Wärme die guten Erfolge, welche er durch die kombinierte Verwendung von Ultraviolettstrahlen, Röntgenstrahlen und ev. den infraroten Strahlen bei Tuberkulose erzielt hat. Bei fiebernden Kranken ist im allgemeinen von der Strahlenbehandlung abzusehen. Die Quarz-Quecksilberdampflampe kann man bei verschiedenen Affektionen mit Vorteil bis zur Erythemerzeugung — welche von vielen Therapeuten mit Unrecht ängstlich vermieden wird — einwirken lassen. Fängt der heilende Einfluß dieser Bestrahlung nachzulassen an, so tritt an ihrer Stelle die Röntgenbestrahlung vorteilhaft ein. Für kutane Tuberkulide hat S. ein besonderes Dispositiv zur Anämisierung der erkrankten Partien unter der Ultraviolettbestrahlung konstruiert. Bei Lupus gibt er gelegentlich eine Funkenbehandlung von 1—5 Minuten Dauer mit kalten Funken von 2—5 mm Länge. Durch kombinierte Bestrahlung hat er Lupus erythematodes in 15—20 Sitzungen geheilt, einen Lupus exulcerans am Ohr in 13 Sitzungen. Bei Orchitis und Epididymitis tuberculosa erwies sich die Kombination von ultravioletten mit infraroten Strahlen, gelegentlich auch die Zugabe von X-Strahlen als sehr wirksam.
A. Philippi-Bad Salzschlirf.

Die Behandlung von Lupus der Nasenschleimhaut mit Röntgenstrahlen (X-Rays in Lupus of the Nasal Mucous Membrane), von H. Flecker-Melbourne. (Brit. m. J., 1924, Nr. 3313, S. 1129.) Ein 15jähr. Mädchen kam (14. IX. 1922) wegen Lupus zur Behandlung. Es bestand starke Deformität des Nasenknorpels nebst zahlreichen kleinen lupösen Geschwüren der Gaumenbogenschleimhaut bis an die Uvula heran. Pat. stand schon 3 Jahre in Behandlung. Sie erhielt eine einmalige Bestrahlung mit Tiefenwirkung (200000 Volt) bei geschlossenem Munde. Schnelle Heilung. Arbeitsfähigkeit seit 1 Jahr. Gewichtszunahme von wenigstens 7 kg. A. Philippi-Bad Salzschlirf.

Digitized by Google

Syphilis.

b. Pathologie und Klinik.

Die Diagnose der konstitutionellen Syphilis (Le diagnostic de la syphilis constitutionelle), von A. Sézary. (J. de Méd. de Paris, 1924, Nr. 31, S. 654—657.) Die Grundlagen der Diagnose werden gewonnen durch Klinik, Therapie, anatomisch-pathologische, mikrobiologische und biologische Befunde. Sie sind fast alle nicht eindeutig beweisend. Den absoluten Beweis gibt nur der positive Spirochätenbefund; doch spricht der negative Befund nicht unbedingt gegen Syphilis. Von großer Bedeutung und bei richtiger Deutung fast beweisend ist wahre Leukoplakie im Munde, Argyll-Robertsonsches Zeichen, Hutchinsonsche Zähne, Pigmentsyphilis, WR (bei Ausschluß der Erkrankungen, die sie gleichfalls hervorrufen können), Abschwächung des Achillessehnenreflexes (bei Abwesenheit von Ischias), Lymphozytose im Liquor (bei Fehlen anderer Ätiologie für Meningitis), Ostitis der Tibia mit Säbelbeinbildung. Weniger sichere Zeichen sind Aortitis vor dem 50. Lebensjahre, gewöhnliche Zahnveränderungen, Keratitis, Chorioretinitis, Iritis, Strabismus, wiederholte Aborte, Labyrinthitis, Hechtsche Reaktion; jedoch ist gleichzeitiges Vorkommen mehrerer von ihnen sehr verdächtig. E. Levin-Berlin.

Über therapieresistente Lues, von E. Langer, Abt. Buschke Berlin. (M. Kl., 1924, Nr. 34, S. 1171—1174.) Weitgehende Änderungen im Ablaufe der Lues (häufiger maligne Formen, häufigeres und ausgebreiteteres Leukoderma) ist seit Ende der Kriegszeit zu beobachten, gleichzeitig auch schwerere Folgen im Verlaufe der Therapie. Für einen Teil der Fälle scheint eine gewisse Therapiefestigkeit zu bestehen; doch soll das Bestehenbleiben einer positiven WR dabei nicht in Betracht gezogen werden. Die Therapiefestigkeit zeigt sich darin, daß die Erscheinungen schwer beeinflußbar sind, eine maligne Form annehmen, Rezidive trotz regelmäßiger Behandlung immer von neuem auftreten. Die Ursachen für die Therapiefestigkeit liegen in den Antisyphiliticis, der Spirochäte selbst oder in dem infizierten Organismus, wobei die 3 Faktoren einzeln, oder weit häufiger kombiniert wirksam sind. Durch die Behandlung können die Spirochäten eine Festigkeit gegen das betreffende, aber auch gegen die anderen Mittel erhalten. Auch eine Änderung der Spirochäten im Sinne des Neurotropismus ist in Betracht zu ziehen. Sowohl Therapiefestigkeit wie Neurotropismus können vererbt werden. Der Organismus kann die Ursache für die Festigkeit abgeben durch Verlust der Fähigkeit zur Bildung von Abwehrstoffen; auch Schädigungen der Immunitätsverhältnisse des Organismus durch die Medikamente spielen hierbei mit. Die Salvarsanbehandlung (besonders ungenügende) kann gesteigerte Virulenz des Kontagiums bewirken.
E. Levin-Berlin.

Unerkannte Syphilis (La syphilis ignorée), von J. Golay-Genf. (Revue méd. Suisse rom., 1924, Nr. 7, S. 449.) Verf. vertritt die Anschauung, daß die Syphilis auch heute noch bei den viszeralen Erkrankungen unbekannter Ätiologie nicht genügend berücksichtigt werde. Die Hautsymptome bilden nur einen geringen Teil des Krankheitsbildes. Verf. führt 5 Fälle an, bei denen angeblich niemals äußere Erscheinungen bemerkt worden sind, die jahrelang vergeblich in Behandlung gestanden haben. Die Beschwerden bestanden in schwerer Enteritis muco-membranacea, Duodenalulkus, neurasthenischen Zuständen, den Erscheinungen einer perniziösen Anämie und dem Krankheitsbild einer tuberkulösen Appendizitis. WR war nur in 2 Fällen positiv. Geringfügige anamnestische Verdachtsmomente führten zur Annahme einer Syphilis. Die Einleitung der spezifischen Behandlung wirkte in allen Fällen Wunder. Die Kranken waren in kurzer Zeit von ihren Leiden befreit. M. Gumpert-Berlin.

Über einige kongenital-luische Stigmata, von N. Hensen, Univ.-Augenkl. Hamburg. (D. m. W., 1924, Nr. 34, S. 1147.) Nach Ansicht des Verf. wird zu Unrecht die pathognomonische Bedeutung der Hutchinsonschen Zähne bezweifelt. Die Hauptschuld tragen die falschen Beschreibungen und Abbildungen dieser Zahndeformität. Der halbmondförmige Defekt der Zähne ist für Lues nicht charakteristisch, dagegen ist die sog. Pfahl- oder Pflockform, sodann die Tonnenform pathognomonisch für Lues congenita. Die Anomalie besteht darin, daß die oberen mittleren, manchmal auch die seitlichen und unteren Schneidezähne sich von der Basis nach der Schneide verjüngen und die unteren Ecken in der Regel abgerundet sind. Ein weiteres kongenital luisches Stigma sind Pupillenanomalien, die in einseitiger oder doppelseitiger absoluter oder reflektorischer Pupillenstarre bestehen. Auch eine mehr oder minder herabgesetzte Lichtreaktion bei vollkommen normaler Konvergenzreaktion muß Verdacht auf Lues congenita erwecken. Größere Bedeutung für die Diagnose hat die Untersuchung des Augenhintergrundes

Digitized by Google

zwecks Aufdeckung einer Chorioretinitis. Diese tritt in 4 verschiedenen Formen auf und ist recht häufig in der äußersten Peripherie lokalisiert. Typus I. Feinfleckige gelbrötliche Sprenkelung neben feiner punktförmiger Pigmentierung. Typus II. Grobfleckige Erkrankung mit überwiegend dunkeln Herden. Typus III. Dieselbe mit überwiegend hellen Herden. Typus IV. Chorioretinitis mit sekundärer Pigmentdegeneration und Optikusatrophie. Schließlich weist Verf. noch auf ein weiteres Zeichen für kongenitale Lues hin, nämlich die Atrophie des Oberkiefers, speziell die des Zwischenkiefers.

F. Harry-Wiesbaden.

Typhus abdominalis und Lues congenita im frühen Säuglingsalter, von D. Vischer, Path.-anat. Instit. Zürich. (Schweiz. m. W., 1924, Nr. 31, S. 706—709.) 11 Wochen altes Kind, nach 10tägigem Spitalsaufenthalt gestorben. Klinische Diagnose: Lues congenita, Bronchitis acuta, Enteritis, Pyelitis (Bact. coli). Bei der Sektion fand sich außerdem Ileotyphus, beiderseitige Stenose der Ureterenmündung in der Harnblase, eitrig-hämorrhagische Entzündung der gesamten Harnwege. Es ist möglich, daß die Typhusinfektion durch die bestehende Lues einen besonders günstigen Boden fand und einen bei Säuglingen sonst ungewöhnlichen ungünstigen Ausgang nahm. Wichtig ist die Verdeckung einer stark infektösen Krankheit durch eine andere mehr in die Augen fallende; es ist vor der zu weitgehenden Anwendung des monopathogenetischen Prinzipes zu warnen.

E. Levin-Berlin.

Zur pathologischen Anatomie der Syphilis congenita der Lymphdrüsen, von H. Kurz, Path. Inst. Univ. Zürich. (Schweiz. m. W., 1924, Nr. 34, S. 776—777.) Bei einem an kongenitaler Syphilis zugrunde gegangenen, totgeborenen Kinde mit zahlreichen anderen Veränderungen fanden sich an den mesenterialen und bronchialen Lymphdrüsen in den stark erweiterten Sinusräumen sehr reichlich, meist stark verfettete Endothelien sowie Lympho- und Leukozythen. Die Zentren dieser Zellhaufen sind oft nekrotisch, so daß das Bild miliarer Gummen zustande kommt. Spirochäten wurden nur spärlich nachgewiesen. Dieser Gegensatz zu den Befunden in Leber und Nebennieren beruht wahrscheinlich auf einer elektiven Zerstörung durch die Lymphozytenlipase. Das erklärt auch neben der geringen Ausbildung des Blutgefäßnetzes das seltene Befallenwerden der Lymphdrüsen bei der kongenitalen Syphilis.

E. Levin-Berlin.

Über Ikterus im Frühstadium der Syphilis, von A. Buschke, Derm. Abt. Rud.-Virch.-Krkhs. Berlin. (Zschr. f. ärztl. Fortbildg., 1924, Nr. 14, S. 414.) Der Icterus syphiliticus wird in allen Stadien der Syphilis insbesondere im sekundären Stadium beobachtet. Es handelt sich um eine toxische Schädigung des Leberparenchyms, von der allerleichtesten Schädigung bis zur schwersten gelben Leberatrophie, hervorgerufen durch das Gift der Spirochäte, die in den leichteren Formen rückbildungsfähig ist, in der mittelschweren zur teilweisen Zerstörung des Organs durch Degeneration und in den schwersten zum akuten Zerfall des Leberparenchyms mit den zum Tode führenden Konsequenzen führen kann. Es besteht eine bestimmte Disposition der Leber zu der Erkrankung an und für sich, aber auch zu Salvarsan, weniger zu Quecksilber, insbesondere bei schlechten verdorbenen Präparaten. Die ätiologische Diagnose ist nicht immer leicht; man muß bei der Therapie vorsichtig und tastend vorgehen — falls die diätetische Therapie zu keinem Ziel führt, dann greift die antiluetische Behandlung Platz, insbesondere durch Kalomelinjektionen, in hartnäckigen Fällen kleine Salvarsandosen. Auch Leberatrophien müssen entgegen der früheren Ansicht behandelt werden.

W. Chrzelitzer-Waldenburg.

Syphilis und Angina pectoris bei Anstrengung auf Grund von 450 Beobachtungen (Syphilis et angine de poitrine d'effort d'après 450 observations), von L. Gallavardin-Lyon. (Presse méd., 1924, Nr. 57, S. 598.) Verf. bringt eine sorgfältig durchgeführte statistische Zusammenstellung von 450 von ihm selbst genau untersuchten Fällen, wobei er zu folgenden Schlußfolgerungen gelangt: Die Fälle von reiner, durch Anstrengung bedingter Angina pectoris ergeben einen Prozentsatz von 21 : 100 sicherer Syphilis und von 9 : 100 zweifelhafter Syphilis, so daß höchstens bei 30% der Fälle Syphilis in Frage kommt. Dieses Verhalten steht in deutlichem Gegensatz zu den mit Aortenläsionen verknüpften Fällen von Angina pectoris, bei denen für 88% der Fälle Syphilis nachweisbar ist. Ferner ist zu bemerken, daß mit zunehmendem Lebensalter die Häufigkeit des syphilitischen Momentes bei den reinen Fällen von Angina pectoris abnimmt: Patienten unter 40 Jahren ergaben 44% der Infektionen, solche zwischen 40—50 Jahre alt ergaben 24% und diejenigen, die älter als 50 Jahre waren, nur 17%

Digitized by Google

— berechnet nach dem Zeitpunkt des ersten Auftretens der anginösen Beschwerden. Bei Abwesenheit von Aorteninsuffizienz ist also eine syphilitische Ätiologie der Angina pectoris nicht als erwiesen anzusehen. A. Philippi-Bad Salzschlirf.

Zur Klinik und Therapie der Mesaortitis luetica, von G. Spengler, Med. Abt. Sophienspital Wien. (M. Kl., 1924, Nr. 33, S. 1137—1141). Die Erscheinungen traten bei Frauen gewöhnlich im 4. und 5. Dezennium, bei Männern im 5. oder noch mehr im 6. auf, am häufigsten 15—25 Jahre post infectionem; doch ist die Zeit des Befallenwerdens des Gefäßsystems viel früher anzusetzen. WR positiv bei 87%. Kombinationen mit spezifischen Erkrankungen des Nervensystems waren selten. Die Frühsymptome sind sehr inkonstant. Einteilung in Aortitis, Aortenklappeninsuffizienz, Aortenaneurysma; bei allen Formen können die Koronargefäße mitbeteiligt sein. Der Prozeß beginnt in der Pars ascendens, daher anfänglich geringe Verbreiterung perkussorisch und röntgenologisch nicht nachweisbar. Wichtigstes Zeichen ist akzentuierter II. Aortenton, daneben häufig systolisches Geräusch in der Aortenregion. Durch kombinierte antisyphilitische Behandlung wurden subjektive Besserungen, vielleicht auch Stillstand des Prozesses, dagegen niemals Heilung oder objektive Änderung des Befundes erzielt. Es können jedoch durch die Behandlung Verschlechterungen dadurch eintreten, daß Narben an den Koronargefäßen oder Aortenklappen mit ihren Folgen in objektiver und subjektiver Beziehung zustande kommen. E. Levin-Berlin.

Syphilis des Nebenhodens (Syphilis of the Epididymis), von H. C. Rolnick-Chicago. (J. of Urology, 1924, Bd. 12, Nr. 2, S. 147.) Verf. beobachtete 4 Fälle von Syphilis des Nebenhodens, darunter auch einen Fall von primärer Syphilis, während die übrigen Fälle sekundär und mit einer luetischen Orchitis vergesellschaftet waren. Die Symptome sind ganz geringe, und so entgeht die Erkrankung häufig selbst dem Pat. und wird nur zufällig erkannt; in späteren Stadien ist die Differentialdiagnose gegenüber Tuberkulose und Tumor mitunter nicht leicht. Michelson teilt die Fälle von Syphilis des Nebenhodens in 3 Klassen ein: 1. die akute diffuse interstitielle Form, in deren Verlauf sich später Knoten besonders am oberen Pol bilden; meist frühes Auftreten, nicht später als 2 Monate nach der Infektion; 2. chronische diffus interstitielle Form, meist vergesellschaftet mit Hydrozele; 3. gummöse Form. Der Hoden wird auf dem Blutwege von der Spirochäte infiziert. Es ist möglich, daß der Nebenhoden direkt infiziert wird. Um die Lues des Nebenhodens nicht zu übersehen, fordert Verf. genaue Untersuchung jedes syphilitischen Pat. A. Rosenburg-Mannheim.

Klinische Studie der syphilitischen Meningitiden. Latente, abortive und akute Formen (Etude clinique des méningites syphilitiques. Les formes latentes, frustes et aiguës, von E. Schulmann und E. Terris. (Progr. méd., 1924, Nr. 30, S. 458—463.) Die Lumbalpunktion hat zur Aufdeckung der sonst kaum feststellbaren latenten und abortiven Formen geführt. Die latenten Meningitiden sind durch die Lymphozytose des Liquors charakterisiert, sie kommen, jedoch selten im Primärstadium, sehr häufig im sekundären vor, wo sie vorübergehend sein können; auch bei rebellischen Formen von Haut- und Schleimhautsyphilis, dagegen nur sehr ausnahmsweise bei Syphilis maligna praecox. Selten sind sie auch in tardiver Form in den Spätstadien, jedoch häufig bei Gummen oder Perforation des Gaumens. Die Bedeutung für den späteren Verlauf ist noch strittig. Die abortiven Formen machen sich durch eine Reihe von Symptomen in der sekundären Periode bemerkbar (Kopfschmerzen, Anisokorie, Parese der Lichtreflexe, Steigerung der Reflexe). In der tertiären Periode sind die Formen seltener aber schwerer (Kopfschmerzen, Schwindel, Verminderung des Gedächtnisses, Erbrechen, Reflexsteigerung, epileptoides Zittern). Die Erscheinungen bedeuten häufig den Übergang zu schwereren dauernden Veränderungen. Die akute Meningitis der sekundären Periode ist sehr typisch; sie bevorzugt Fälle mit Primäraffekt am Kopf und mit Pigmentsyphiliden in der Zervikalgegend und im oberen Abschnitt des Thorax. Sie wird mit dem neurotropen Virus in Zusammenhang gebracht. Die Differentialdiagnose von anderen Meningitiden ist oft schwer, WR und Lumbalpunktion geben den Ausschlag. Die Prognose ist gut. In der tertiären Periode können akute Meningitiden als akute Ausbrüche chronischer Meningitis oder isoliert wie in der Sekundärperiode auftreten; letztere sind durch die Behandlung besser beeinflußbar. Auch im Verlaufe der L. congenita sind akute Meningitiden häufig. Es muß mit dem Auftreten nicht spezifischer Meningitiden bei Syphilitikern gerechnet werden. Das durch die Behandlung bewirkte Schwinden der meningealen Reaktionen ist kein Schutz vor späteren syphilitischen Affektionen des Nervensystems. E. Levin-Berlin.

Digitized by Google

c. Ätiologie und Diagnose.

Culture des Trypanosomes pathogènes, von M. A. Ponselle. (Cpt. rend. acad. des sciences, 1924, Bd. 178, Nr. 14, S. 1219.) Es ist dem Verf. gelungen, einen günstigen Nährboden zur Kultivierung von Trypanosomen herzustellen. Bisher gelang die Züchtung von Trypanosoma brucei, pecaudi, rhodesiense, dimorphon. Die Erfahrung hat gelehrt, daß bei der Kultivierung der osmotische Druck eine große Rolle spielt, der Nährboden muß sich hypotonisch zu dem verimpften infektiösen Blut verhalten. Die Zusammensetzung des Nährbodens ist wie folgt: NaCl (pur. cryst.) 0,3—0,8, Wittepepton 2,0, reine Gelatine 2,0, Normalnatronlösung 1,0, Aq. bidest. 100,0. Verf. hat durch eine kleine Modifikation ihres Nährbodens es zu erreichen, daß durch einfaches Zentrifugieren eine Trypanosomenreinkultur erzielt werden kann ohne alle sonstigen morphologischen Bestandteile. M. Gumpert-Berlin.

Über die praktische Brauchbarkeit der neuen Spirochätenfärbung mit Spirasil, von F. W. Oelze, Derm. Univ.-Kl. Leipzig. (D. m. W., 1924, Nr. 34, S. 1151.) Die Dunkelfelduntersuchung ist jeder Färbemethode an Sicherheit und Ergiebigkeit weit überlegen. Nur dann, wenn keine Dunkelfeldeinrichtung vorhanden ist, darf die Färbemethode als Notbehelf herangezogen werden. Für solche Fälle hat sich die Färbung mit Spirasil, die einfach ist und gute Bilder liefert, bewährt. Die Präparate sehen rot aus, die Pallidae heben sich scharf vom Untergrund ab, ihre Form ist gut erhalten. Man sucht die Spirochäten besonders am Rand und an den hellen Stellen des Präparates. F. Harry-Wiesbaden.

Über Spirochäten im Lochialsekret der Wöchnerinnen, von H. Zielke, Univ. Frauenkl. Berlin. (Kl. W., 1924, Nr. 37, S. 1672.) Verf. hat eine große Anzahl von Wöchnerinnen auf das Vorkommen von Spirochäten im Lochialsekret untersucht und dabei 3 Typen feststellen können: 1. der Spirochaeta refringens ähnliche, wie sie auch im Munde als Spir. buccalis erscheinen; 2. der Spir. denticola ähnliche und 3. solche vom Typ der Spir. icterogenes, ähnlich dem Erreger der Weilschen Krankheit. Es ergab sich weiterhin, daß die positiven Sekrete meist sauer waren, selten neutral, und daß die Spirochäten zugrunde gingen, sobald das Sekret alkalisch wurde, z. B. durch größere Blutungen wie bei der Geburt, wo die Spirochäten dann sämtlich aus dem Lochialsekret verschwanden. Meist war das positive Sekret rein eitrig oder eitrig-serös. Es kann durch das Auftreten der Spirochäten die übrige Scheidenflora gänzlich verdrängt werden. Auch konnte Verf. die Ansicht anderer Autoren bestätigen, daß die Spirochäten ins Gewebe eindringen und fieberhafte Erkankungen hervorrufen, so daß sie bei fieberhaften auf Wöchnerinnensälen auftretenden Krankheiten ätiologisch sicher in Frage kommen. Es scheint manches für eine von außen her gegebene Übertragbarkeit zu sprechen. E. Langer-Berlin.

d. Serologie.

Der Völkerbund und das Problem der Standardisation der Serodiagnostik der Syphilis (La Société des Nations et le problème de la standardisation du sérodiagnostic de la syphilis), von S. Mutermilch. (Presse méd., 1924, Nr. 65, S. 1363 bis 1369.) Bericht über die Ergebnisse der auf Veranlassung der Hygienekommission des Völkerbundes ausgeführten vergleichenden serologischen Untersuchungen. Die Untersuchungen fanden in Kopenhagen statt. Die WR zeigte sich als die für Lues empfindlichste Reaktion. Die Flockungsreaktionen können die WR nicht ersetzen. Sie ergeben jedoch öfter positive Ausschläge, wenn die WR negativ ist. Es empfiehlt sich deshalb, WR und Flockungsreaktion gleichzeitig auszuführen. Die Sachs-Georgische Originalmethode hat sich als für Lues empfindlicher erwiesen als die Sigmareaktion. Die Meinickesche Trübungsreaktion ergab ebenfalls gute Resultate, so daß empfohlen wurde, auch sie in Verbindung mit der WR auszuführen, besonders da auch die MTR manchmal positive Ausfälle bei negativer WR zeigt. (Siehe auch den ausführlichen Bericht von H. Sachs-Heidelberg in Zschr. f. Imm.-Forschg. u. exper. Ther., 1924, Bd. 40, H. 1/2, S. 179ff. Ref.) A. Holländer-Hamburg.

Nachdruck (auch des Abschnittes „Tagesg. Nachr.") ist ohne Genehmigung des Verlegers nicht erlaubt.

Verantwortlich für die Redaktion: für Originalabhandlungen und T. N.: Prof. Dr. J. H. Rille, Leipzig. Für den Referatenteil: Dr. M. Unna, Hamburg-Bergedorf.

Digitized by Google

Dermatologische Wochenschrift

Nr. 4 (Bd. 80) 24. Januar 1925

Aus der dermatologischen Abteilung des Allerheiligen-Hospitals in Breslau
(Primärarzt Prof. Dr. KUZNITZKY).

Beitrag zur Frage der Kalkansammlungen in der Haut.

Von

Dr. H. GUHRAUER, Assistenzarzt.

Mit 2 Abbildungen im Text.

Kalkansammlungen in der Haut kommen sowohl als Teilerscheinung einer Verkalkung innerer Organe wie auch als scheinbar alleiniges Symptom vor. Im ersten Falle würde ein solcher Befund nichts Bemerkenswertes an sich haben, die Kalzinosis der Haut nur die Folge der sonst vorhandenen Allgemeinerkrankung sein. Nicht ebenso eindeutig sind die isoliert auftretenden Kalkablagerungen in der Haut zu beurteilen. Hier hat H. HOFFMANN aus der JADASSOHNschen Klinik die verstreut in der Literatur niedergelegten Fälle, bei denen die Verkalkung meist nur als Tatsache verzeichnet ist, zusammengestellt und in kritischer Betrachtung gefunden, daß dabei sehr interessante Beziehungen zu anderen endokrinen Störungen des Organismus vorliegen. Vor ihm haben schon KUZNITZKY und MELCHIOR, deren Publikation von HOFFMANN nicht erwähnt wird, bei einem im Jahre 1916 mitgeteilten Falle von progressiver Lipodystrophie mit Kalkablagerungen in der Haut das gleiche beobachtet und darauf besonders hingewiesen. Auf diese Zusammenhänge soll weiter unten kurz eingegangen werden. Bei der Seltenheit dieser Fälle halten wir es für notwendig, daß jede solche Beobachtung mitgeteilt wird, damit durch eine umfassende Kasuistik eine weitere Klärung dieser interessanten, aber bislang noch ziemlich dunklen Beziehungen erfolgen kann.

Die Krankengeschichte eines solchen vor kurzem von uns beobachteten Falles ist folgende:

Anamnese: Frau K., 45 Jahre alt, Stiefschwester lungenkrank, leidet seit der ersten Gravidität (1906) an Lungenphthise mit häufigen Hämoptoen. Von 1912—1923 war Pat. mehrere Male in Lungenheilstätten, wo ihr reichlich Kalzan verordnet wurde. — Seit 3 Jahren im linken Daumen schmerzhafte Knötchen, deren eines im Juli 1923 exzidiert wurde. Seit einem Jahre ähnliche, langsam wachsende Knötchen in derselben Gegend. An der Daumenkuppe sind die Knötchen, die mitunter spontan unter Entleerung geringer Mengen krümeligen Breies perforieren, besonders schmerzhaft.

2 Kinder gesund, 3 gestorben (1 an Lungentuberkulose). — Eine Fehlgeburt. Seit 10 Jahren Menopause, Menstruation vorher immer regelmäßig.

Status (Med. Poliklinik, Sekundärzt Dr. STEINBRINCK): Schmächtige, zierliche Person, Fettpolster normal entwickelt, keine besonderen Drüsenschwellungen.

Augen: Pupillen (besonders links) leicht entrundet, Reaktion auf Licht und Konvergenz vorhanden. Bewegungen frei.

Mundschleimhaut: mit Ausnahme ektatischer Gefäße am weichen Gaumen kein Befund.

Digitized by Google

Thyreoidea: auffallend klein. Im Jugulum deutlich sichtbare Pulsation.

Thorax: linke Seite eingesunken und geschrumpft, schleppt bei der Atmung deutlich nach.

Lungen: deutliche Schallverkürzung über dem rechten Oberlappen, vorn wie hinten Atemgeräusch verschärft, zahlreiche feinblasige R.-G. — Satte Dämpfung über dem linken Oberlappen mit bronchialem Atemgeräusch. — Der linke Unterlappen zeigt neben verkürztem Klopfschall stark verschärftes Atmen und vereinzelte klingende R.-G.

Herz: Grenzen ebenso wie die der Aorta nach links verzogen. Spitzenstoß nicht deutlich zu fühlen. — Töne: an der Spitze: erster Ton betont und unrein; Mitralis: neben dem ersten betonten Ton lautes, systolisches Geräusch; Pulmonalis und Aorta: sehr lautes Geräusch neben stark akzentuiertem zweitem Ton.

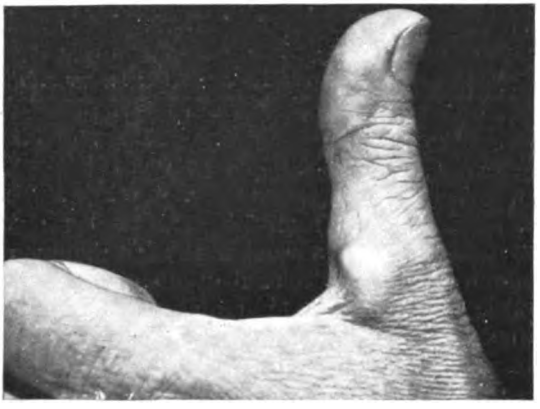


Abb. 1.

Abb. 2.

Abdomen: Leber vergrößert (Rand drei Querfinger unterhalb des Rippenbogens) und etwas druckempfindlich.

Reflexe: Periostreflexe beiderseits vorhanden, Patellarreflexe sehr lebhaft, kein Klonus. Bauchdeckenreflexe rechts lebhaft, links schwach.

Extremitäten: sämtliche großen Gelenke frei. An der rechten Hand fehlt der Thenar. Das Endgelenk am rechten Daumen ist versteift. An beiden Füßen sind die zweite und dritte Zehe durch eine Hautbrücke verbunden.

Blutbild: Hgl. 82%, Polynukleäre 76%, Lymphozyten 20%, Mononukleäre 0, Übergangszellen 1%, Eosinophile 2%, Mastzellen 1%. Blutdruck 78 mm Hg. WR negativ.

Diagnose: zirrhotische Tuberkulose der linken Seite mit Schrumpfung. Bronchiektasen im linken Unterlappen. — Verziehung des Herzens nach links mit dadurch bedingter Herzmuskelschwäche und Stauung im kleinen Kreislauf.

Die Haut bietet folgenden Befund: die Gesichtshaut fühlt sich pastös an, ist leicht gespannt und etwas spiegelnd, schlecht verschieblich, jedoch nicht hart. Mäßige Teleangiektasienbildung. Nase spitz, Lippenrot verschmälert. Die Brusthaut ist glänzend, dünn und gespannt, hier reichliche kleinste Teleangiektasien. Hautfarbe: bräunlich, weniger deutlich im Gesicht als auf der Brust. Farbe, Teleangiektasien und spiegelnde Beschaffenheit der Haut ähneln sehr der Sklerodermie.

Sonstige Körperoberfläche von normaler Farbe, ohne pathologischen Befund, ausgenommen einige Aknenarben auf Brust und Rücken.

An beiden Händen, besonders distalwärts an den Fingern der linken Hand, legt sich die Haut straff an die Knochen an, so daß die Hand einen verschmächtigten Eindruck macht (Kinderhand). Dieser Befund reicht bis zu den Handgelenken, ist hier aber weniger stark ausgeprägt. Auch hier ist die Ähnlichkeit mit der Sklerodermie (Sklerodaktylie) deutlich. Daneben weisen beide Hände den Raynaud-Typus auf: häufiges

Digitized by Google

Weißwerden der Finger mit An- und Parästhesien. Die Finger sind gewöhnlich zyanotisch verfärbt und kalt.

Der linke Daumen weist die einzigen deutlich sichtbaren Veränderungen auf (s. Abb. 1): man sieht und fühlt an ihm mehrere Einlagerungen steinharter Konsistenz, zum Teil verschieblich, zum Teil fest mit dem Gewebe verbunden, so daß sie, z. B. auf der Volarseite, die normale Konfiguration aufheben und die Fingerkuppe unförmig machen. Außerdem finden sich solche Einlagerungen noch an der Innenseite der Grundphalanx, palpatorisch vom Metakarpale nicht zu trennen (s. auch weiter unten): hier ein kirschkerngroßer, weißlich durchschimmernder Knoten, weiter nach innen ein gleicher, etwas kleinerer, der angeblich am längsten besteht und bereits öfters — wie in der Anamnese beschrieben — perforierte. Dicht darüber eine etwa 2 cm lange Exzisionsnarbe.

Besonders schmerzhaft sind einige stecknadelkopf- bis erbsengroße Knötchen an der Daumenkuppe. Sie zeigen im Zentrum ein schwärzliches Grübchen, aus dem sich zeitweise körnige Bröckel entleeren. An der Radialseite des ersten Metakarpale befindet sich noch, dicht unter der Haut gelegen, eine schmale, etwa 1 cm lange Einlagerung. — Beim Öffnen eines Grübchens an der Daumenkuppe mit der Lanzette läßt sich eine breiige, ein anderes Mal eine mehr krümelige, trockene, weißliche Masse entfernen, die sich im Mikroskop bei Salzsäurezusatz unter Luftblasenbildung auflöst.

Im Röntgenbilde (Abb. 2) finden sich, dem klinischen Befunde entsprechend, dichte, scharf abgesetzte, unregelmäßige Schatten, die unmittelbar neben dem Knochenschatten sichtbar sind, aber nirgends mit ihm im Zusammenhange stehen, wie auf einer in einer anderen Ebene aufgenommenen Platte hervorgeht.

Das mikroskopische Bild eines in der Lungenheilstätte von Herrnprotsch (Primärarzt Dr. HAUKE) exzidierten Knotens bietet nichts besonders Bemerkenswertes: Schwielige Verdickung der Epidermis und leicht erkennbare Kalkeinlagerungen in Hohlräumen fast ohne entzündliche Reaktionszone. Schleimfärbungen waren negativ. Auch in der Literatur sind, hiermit übereinstimmend, keine für Kalzinosis besonders charakteristischen Befunde erwähnt.

Der Kalkgehalt des Blutes ist normal (Dr. STEINBRINCK). Eine Prüfung des Kalkstoffwechsels scheiterte an der Weigerung der Pat., sich zu diesem Zwecke in die Klinik aufnehmen zu lassen.

Therapeutische Versuche — z. B. mit Thyreoidin — konnten mit Rücksicht auf die Neigung zu Hämoptoen nicht energisch genug vorgenommen werden. Subjektiv verspürte die Pat. Erleichterung bei spontaner wie artifizieller Perforation der Knötchen in der Daumenkuppe sowie bei Behandlung mit Hochfrequenzströmen.

Bei einem Vergleich unseres Falles mit denen der vorhandenen Literatur ergibt sich, daß er in bezug auf die Lokalisation der Kalkeinlagerungen den von WILDBOLZ und MOREL-LAVALLÉ beschriebenen außerordentlich ähnelt und ferner fast kongruent mit zwei JADASSOHNschen Fällen ist (ein Fall von H. HOFFMANN, der zweite von JADASSOHN, Schles. Derm. Gesellsch., Sitz. vom 28. V. 1924, mitgeteilt). Es scheinen sich also hier die Umrisse einer gewissen Gruppenbildung abzuzeichnen. In diesen Fällen ist merkwürdig: das monosymptomatische Auftreten der Kalzinosis zumeist an den Fingern und dort besonders an der Fingerkuppe; das Vorhandensein typischer schwärzlicher Grübchen, aus denen sich kreidige Bröckel entleert haben bzw. noch entleeren; die ausgesprochen sklerodermieartigen Hautveränderungen zum Teil mit bräunlicher Pigmentierung und Teleangiektasien; hierher gehörig auch die Akroasphyxie der Hände und ferner die — wohl nicht zufällig — vorwiegende Beteiligung des weiblichen Geschlechtes an der Erkrankung. Dieser letzte Punkt verdient unseres Erachtens berücksichtigt zu werden, denn aus HOFFMANNS Zusammenstellung ergibt sich ein Zahlenverhältnis von Frauen und Männern wie 10 : 4; dieses wird durch Hinzuzählung der uns darüber hinaus bekannten Fälle (JADASSOHN, LEWANDOWSKY, KUZNITZKY und MELCHIOR und unser Fall) auf 13 : 5 nicht wesentlich verändert (reichlich 70%). Über diese Kernsymptome hinaus finden sich

Digitized by Google

bei HOFFMANN noch Schleimansammlungen in der Haut, bei KUZNITZKY und MELCHIOR eine Lipodystrophie [vom Typus C (ROST)]. Möglicherweise handelte es sich bei der hier beschriebenen subkutanen Lymphsackbildung, die funktionell das fehlende Fettgewebe ersetzen sollte, auch um eine schleimige Umwandlung, was aber heute leider nicht mehr festzustellen ist; andererseits dürfte in dem von HOFFMANN zitierten Falle von GLÜCK-LEMANCZYK die allgemeine Abmagerung des Pat. auf eine Störung im Fettstoffwechsel zurückzuführen sein.

Alle diese Symptome weisen auf eine endokrine Störung hin, in deren Mittelpunkt am ehesten die Schilddrüse als auslösende Ursache stehen dürfte. Es werden bei einer solchen Annahme nicht nur Beziehungen zwischen Sklerodermie und Kalzinosis offenbar, wie sie HOFFMANN wohl mit Recht betont hat, sondern auch zwischen diesem Syndrom und dem Myxödem einerseits, der Lipodystrophie andererseits.

Bei unserem Falle ist noch die vorzeitige Amenorrhoe der Pat. zu erwähnen, die auf eine Dysfunktion der Ovarien hinweist. Denkt man an die bekannten Relationen von Ovarium und Schilddrüse sowie an die Bedeutung der Ovarialfunktion für den Kalkstoffwechsel (z. B. bei Osteomalakie), so eröffnen sich auch hier neue Zusammenhänge.

Literatur.

1. JADASSOHN, Arch. f. Derm., Bd. 100, S. 317. — 2. LEWANDOWSKY, Virchows Arch., Bd. 181, S. 179. — 3. KUZNITZKY und MELCHIOR, Arch. f. Derm., Bd. 123, S. 133. — 4. ROST, Arch. f. Derm., Bd. 147, S. 483. — 5. Weitere ausführliche Literaturangaben bei H. HOFFMANN, Arch. f. Derm., Bd. 146, S. 89.

Aus der dermatologischen Abteilung des städt. Krankenhauses Altona (Prof. Dr. C. BRUCK).

Zur intravenösen Bromtherapie bei Hauterkrankungen.

Von

Dr. C. WOLFF, Assistent.

Ausgehend von der seit jeher von vielen Forschern vertretenen Ansicht, daß zwischen juckenden Dermatosen und Störungen des Nervensystems ein enger ätiologischer Zusammenhang besteht, führte LEBEDJEW die intravenöse Bromtherapie in die Dermatotherapie ein, über deren günstige Erfolge bei Ekzemen und verschiedenen anderen Dermatosen er jüngst berichtete (Derm. W., 1924, Nr. 35.)

Wir haben an unserer Abteilung die LEBEDJEWschen Beobachtungen nachgeprüft und sind — wenn wir auch bisher erst über ein kleines Material verfügen — zu günstigen Resultaten gekommen. Wir injizierten nach L. von einer 10%igen Lösung von Bromnatrium in physiologischer steriler NaCl-Lösung anfangs 5 ccm, am folgenden Tage 10 ccm intravenös usw. bis zu etwa 3—4 Injektionen insgesamt. Irgend welche störenden Nebenerscheinungen wurden nicht beobachtet. Die Wirkung einer einzigen Injektion war bereits auffallend. Eine Pat. mit heftig juckendem seborrhoischem Ekzem des Gesichts, das starke Rötung und Schwellung zeigte, gab unmittelbar nach der Einspritzung an, daß Jucken und Spannungsgefühl wesentlich nachlasse. Rötung und Schwellung bildeten sich binnen weniger Stunden zurück, und das Ekzem heilte unter der nunmehr einsetzenden üblichen Lokalbehandlung auffallend rasch ab. Deutliche Besserung wurde ebenfalls bei einem Pat. mit chronischem Armekzem, das zum Teil lichenifiziert und von heftigem Jucken begleitet war, erzielt. Pat. gab nach wenigen Injektionen an, „er fühle sich wie neugeboren". Bei mehreren Urtikariafällen waren Juckreiz und Quaddeln

Digitized by Google

kurze Zeit nach einer einzigen Bromnatriuminjektion verschwunden. Auffallend günstig war ferner die Wirkung weniger BrNa-Injektionen bei einer 86jähr. Pat. mit heftigstem Pruritus senilis, hochgradig gestörtem Schlafe und demgemäß sehr reduziertem Allgemeinzustande. Nachdem die verschiedensten Medikamente versagt hatten, trat nach einer Injektion von 5 ccm BrNa bereits deutliche Linderung ein; in der folgenden Nacht war der Schlaf ungestört, und nach zwei weiteren Injektionen von je 10 ccm war der Juckreiz so weit beseitigt, daß Pat. entlassen werden konnte. — Auch bei von heftigem Jucken begleiteten Salvarsan-Dermatitiden haben wir BrNa in Anwendung gebracht und konnten den Pat. wesentliche Erleichterung verschaffen, wenn auch eine deutliche Beeinflussung des Exanthems in diesen Fällen nicht beobachtet werden konnte.

Obwohl bei der geringen Zahl der bisher behandelten Fälle — wir verfügen über etwa 10 — ein abschließendes Urteil noch nicht möglich ist, so läßt sich doch so viel sagen, daß der intravenösen Bromtherapie bei der Behandlung von Ekzemen sowie anderen juckenden Hauterkrankungen, wie Urtikaria, Prurigo usw., eine prompte und günstige Wirkung zukommt. Wir konnten dabei übereinstimmend mit L. feststellen, daß die intravenöse Bromtherapie vor der internen den Vorzug einer bedeutend schnelleren und intensiveren Wirksamkeit hat. Auch scheint die Wirkung auf das Hautorgan eine unmittelbarere zu sein. Unsere Beobachtungen werden fortgesetzt und sollen auch auf die sonstigen von L. angegebenen Indikationsgebiete, wie Lichen ruber, Pityriasis rosea und Psoriasis, ausgedehnt werden, obwohl wahrscheinlich bei den beiden letztgenannten Erkrankungen eine wesentliche Wirkung nicht zu erwarten ist. Selbstverständlich wird man berücksichtigen müssen, daß die intravenöse Bromtherapie in erster Linie eine symptomatische, gegen den Juckreiz gerichtete darstellen dürfte, und daß daher die sonstige lokale und allgemeine Behandlung nicht überflüssig gemacht wird. Wenn es aber gelingt, durch diese einfache und wie es scheint harmlose Methode vielen Dermatosen ihr quälendstes Symptom zu nehmen und die Irritabilität herabzusetzen, so wäre dadurch schon ein großer Vorteil erzielt. — Jedenfalls glauben wir auf Grund der bisherigen Erfolge eine Nachprüfung der intravenösen Bromtherapie auf breiter Basis unbedingt empfehlen zu dürfen.

Aus der männlichen Abteilung für Haut- und Geschlechtskrankheiten des Dermato-venerologischen Staatsinstituts „Glawtsche“ in Odessa (Leiter der Abteilung: Dr. A. A. Feldmann).

Über das Leukoderma solare[1]).

Von

Dr. A. A. Feldmann.

Mit 1 Abbildung im Text.

Albert Neisser (1) war es, der im Jahre 1883 zuerst die Bezeichnung „Leukoderma“ für jene bekannten Erscheinungen der sekundären Syphilis wählte, die als weiße Flecke vorzugsweise beim weiblichen Geschlecht, und zwar besonders am Hals und Nacken auftreten („Halsband der Venus“) und längere Zeit als pathognomonisch für die Lues galten.

Gegen Ende vorigen Jahrhunderts hat Rille (2) das psoriatische Leukoderm, im Jahre 1906 Jesionek (3) das Leukoderm beim seborrhoischen Ekzem beschrieben. 1908 erwähnte Ehrmann (4) in seinem Werk „Die Anwendung der Elektrizität in der Dermatologie“ ein Leukoderm, welches bei Individuen mit Pityriasis versic., die sich einer dauernden Einwirkung der Sonnenstrahlen aussetzen, nach Abheilung der Pilzaffektion zurückbleibt. Diese Beobachtung Ehrmanns wurde jedoch wenig beachtet. 1910 notierte Arndt (6) das Leukoderm bei Parapsoriasis.

---

[1]) Nach einem gleichnamigen Vortrag, gehalten am 28. Nov. 1923, als vorläufige Mitteilung in der Sitzung der Odessaer Dermatologischen Gesellschaft.

Digitized by Google

Ferner wiesen Buschke und Klemm (7) im Jahre 1920 auf das Leukoderm bei Mikrosporie hin, 1922 wurde das Leukoderm bei Trichophytie von Strassberg (8) und 1924 das Leukoderm bei Pityriasis rosea von Almkvist (9) beschrieben.

Im Jahre 1923 erschien im Juniheft der Derm. Zschr. eine ausführliche und wertvolle Arbeit von Wertheim (10) aus Ehrmanns Abteilung „Über Lichtwirkung und Leukoderm bei Pityriasis versicolor".

Da das syphilitische Leukoderm ein sehr wichtiges diagnostisches Symptom darstellt, so ist auch jedes andere Leukoderm, außer der Bedeutung, die ihm als solchem zukommt, sehr beachtenswert und soll aufmerksam studiert werden, um von dem syphilitischen Leukoderm unterschieden werden zu können.

Darum erachte ich es für nützlich, auf einen noch wenig bekannten Typus von Leukoderm, und zwar auf dasjenige, welches auf Grund langdauernder Sonnenbestrahlungen entsteht und das ich als Leukoderma solare bezeichne, aufmerksam zu machen.

Die letzten zwei Dezennien sind, wenn ich mich so ausdrücken darf, unter dem Zeichen der Begeisterung für Sonnenbäder verflossen, die als Mittel zur Stärkung der Gesundheit und Waffe gegen allerlei Krankheiten galten. Diese Epidemie verschonte auch Rußland nicht, am wenigsten unseren Süden. In den an der See gelegenen Städten ist der Strand im Sommer von „Badenden" buchstäblich besät. Soweit der Blick reicht, begegnet er einer unzähligen, größtenteils aus dem schönen Geschlecht bestehenden nackten Menschenmenge, die jedesmal den einen oder den anderen Körperteil den brennenden Sonnenstrahlen zuwendet.

Derartige Sonnenbäder dauern oftmals stunden- ja sogar tagelang und führen zu zahlreichen Sonnenverbrennungen (Erythema solare). Als weitere Folge dieser Heliotherapie tritt eine Sonnenbräune auf, die bei manchen Damen so weit gehen kann, daß man dieselben etwa als Repräsentantinnen einer äthiopischen Völkerschaft ansehen darf.

Nun gelang es mir schon vor vielen Jahren, im Anschluß an Sonnenverbrennungen eine Hautaffektion festzustellen, für die ich anfänglich keine Erklärung finden konnte und die mich durch die Rätselhaftigkeit ihres Entstehens in Erstaunen setzte. Von Zeit zu Zeit erschienen in meiner Sprechstunde Kranke, die sich über das Auftreten weißer Flecke am Körper beklagten; zuweilen wurden solche Flecke von mir selbst zufällig entdeckt, namentlich im Laufe von den von mir aus anderen Gründen vorgenommenen Untersuchungen. Diese Flecke stellen eben das dar, was wir als Leukoderm zu bezeichnen pflegen: runde oder rundliche, gewöhnlich linsengroße oder die Größe einer Münze von 5—10 Pfennig erreichende Gebilde, denen der Charakter einer Depigmentierung anhaftete, zum mindesten im Vergleich zu der umgebenden bedeutend stärker pigmentierten Haut.

Sonderbar in diesen Fällen war nur der Umstand, daß weder die Anamnese noch die genaueste Untersuchung irgend eine Ursache für das Leukoderm abgaben: ich konnte weder Syphilis, noch Psoriasis, noch seborrhoisches Ekzem feststellen — jene drei Erkrankungen, bei denen wir sonst Leukoderm anzutreffen pflegen.

Digitized by Google

Ich muß gestehen, daß die ersten Fälle von mir in ihrer Entstehung und Bedeutung gänzlich verkannt wurden.

Ein Fall eines jungen Mädchens mit typischer Lokalisation am Nacken schien mir fast sicher syphilitischer Natur, doch hat die klinische und serologische Untersuchung diese Annahme nicht bestätigt. Auch die begleitenden Umstände in der Krankengeschichte schlossen die Möglichkeit einer sekundären Syphilis gänzlich aus.

Bei weiteren Beobachtungen fiel es mir auf, daß die Haut bei allen Patienten mit rätselhaftem Leukoderm sonnenverbrannt war. Das Befragen der Kranken ergab immer Hinweise auf die Sonnenbäder. Dann wurde es mir klar, daß die Sonne die Veranlassung zu diesem Leukoderm gab.

Es drängte sich nun die Frage auf, warum es unter Einwirkung der Sonnenstrahlen zuweilen zur Bildung eines Leukoderms kommt, meistens aber in exquisiten Fällen von Sonnenbräune kein Leukoderm auftritt.

In einer Reihe von Fällen ist mir der Nachweis gelungen, daß gerade an den Stellen der Leukodermaflecke vorher irgend eine andere Hautaffektion vorhanden war. Manchmal war ich in der Lage, einige Residua früherer Hauterkrankungen nachzuweisen, in anderen Fällen gab mir die Anamnese diesbezügliche Anhaltspunkte. Bei einer großen Anzahl von Kranken ließ sich eine frühere Pityriasis versic. nachweisen. Als Anhaltspunkte dienten mir in diesen Fällen gewöhnlich die Anordnung und Form der einzelnen Elemente, die gewissermaßen ein Negativ der Pilzerkrankung bildeten, indem weiße Flecke auf dunklem Grunde anstatt gelber oder bräunlicher Flecke auf hellerem Grunde zu sehen waren. Außerdem gelang mir manchmal in den leicht schuppenden Flecken der mikroskopische Nachweis der Pilze.

Im weiteren Verlauf meiner Beobachtungen konnte ich feststellen, daß jede Hauterkrankung, die von Schuppen- bzw. Borkenbildung begleitet ist, eine Veranlassung zur Bildung eines Leukoderma solare[1]) geben kann. Unter anderem habe ich dies im Anschluß an impetiginöse Hautaffektionen des Rumpfes sowie nach Pyodermie, nach seborrhoischen Plaques, nach Hauttrichophytie feststellen können. In einer Anzahl von Fällen gelingt es aber nicht, trotz den sorgfältigsten Untersuchungen eine der vorliegenden Hautveränderung vorangehende Hautaffektion ausfindig zu machen; dabei gibt weder die Form noch die Anordnung der Leukodermaflecke Anhaltspunkte, um irgend eine Dermatose zu vermuten, die dazu noch vom Kranken unbemerkt vergehen sollte. Es wird einzig und allein das Bestehen eines Leukoderma solare festgestellt, d. h. weiße Flecke auf der sonnenverbrannten Haut.

Die hier beigefügte Abbildung betrifft folgenden Fall:

Das Leukoderma solare zeigte sich in diesem Falle im Frühling dieses Jahres bei einem 14jähr. Knaben, ohne daß eine andere Hautaffektion vorangegangen war — nach den Angaben des Knaben selbst sowie seiner Erzieherin und des Pflegepersonals der Anstalt bei allwöchentlichen Besichtigungen (der Pat. befindet sich in einem Internat für Waisen). Im Oktober des vorigen Jahres jedoch hat der Knabe Röntgenbestrahlungen

[1]) Die Bezeichnung „Leukoderma solare" habe ich noch im Jahre 1918 dieser Hautaffektion beigelegt, als ich dieselbe von dem syphilitischen Leukoderm bei einem Syphilitiker zum ersten Male in der Abteilung differenzieren mußte. Seither sind Fälle von Leukoderma solare vielfach von den Ärzten der Abteilung festgestellt worden.

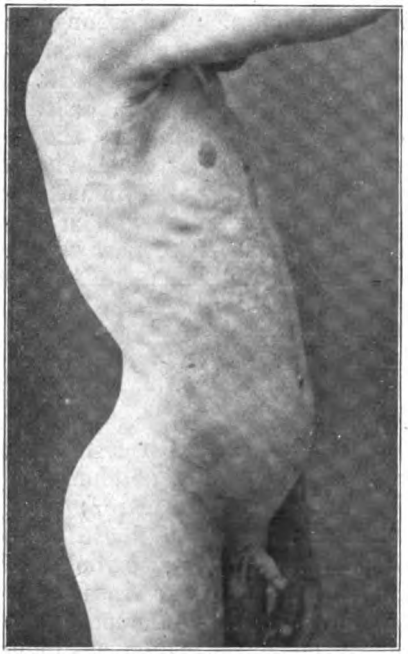
Digitized by Google

wegen Herpes tonsurans der Kopfhaut bekommen. Nach Haarausfall zeigte sich ein Follikulitisausschlag und dann eine leichte Dermatitis der Kopfhaut im Anschluß an die Anwendung Wilkinsonscher Salbe.

In der Krankengeschichte ist auch keine Hautaffektion des Körpers notiert. Die Erscheinungen auf dem Kopfe dauerten bis Anfang Juni dieses Jahres, wo im Anschluß an Sonnenbestrahlungen des ganzen Körpers das Leukoderma solare erschien.

Es besteht aus zahlreichen zerstreuten weißen Flecken verschiedener Größe — von der einer Erbse bis zu Kinderhandteller, unregelmäßiger, meist rundlicher und ovaler Form, mit etwas verschwommenen Grenzen. Das Leukoderma lokalisiert sich auf der Haut des Rumpfes sowie an den Oberarmen und Oberschenkeln; vereinzelt finden sich weiße Flecke an den Vorderarmen und Unterschenkeln. Die Haut des ganzen Körpers ist sonnenverbrannt. Keine Schuppung der leukodermatischen Flecken.

Im Laufe des Sommers ist das Leukoderm noch deutlicher geworden infolge der weiteren Sonnenverbrennungen.



Das Bild des Leukoderma solare ist verschieden je nach der Ätiologie des Leukoderms. Am schärfsten ist es in dem Leukoderma solare nach Pityriasis versic. ausgeprägt. Hier erscheint es meist in Form von runden oder rundlichen weißen Flecken von Hanfkorn- bis Zehnpfenniggröße. Die Flecke sind gewöhnlich scharf begrenzt und bilden gleichmäßige Linien. An vielen oder einigen vereinzelten Flecken gelingt es, eine leichte oder deutliche Schuppung festzustellen. Es gibt aber Fälle, wo keine Schuppung zu bemerken ist.

Manchmal entstehen durch Konfluenz einzelner Flecke größere, polizyklisch begrenzte Gebilde. In anderen Fällen gewinnen die weißen Flecke eine große Ausbreitung, indem sie z. B. den größten Teil des Rückens bzw. der Brust einnehmen.

Ist ein Leukoderma solare auf Grund irgend einer anderen Hautaffektion entstanden, so erscheint es nicht immer so scharf begrenzt: seine Grenzen weisen dann vielmehr einen allmählichen Übergang auf und sind auch nicht immer durch eine gleichmäßige Linie gebildet. Auch die Form ist dann nicht immer rund, sondern oft oval, länglich ja sogar unregelmäßig. Auch hier kann man zuweilen Reste einer früheren Hautaffektion finden, z. B. eine rötlichlivide Verfärbung im Zentrum einiger nach impetiginösen Elementen entstandener Flecke, oder man findet in einiger Entfernung von den Flecken des Leukoderma solare noch bestehende Herde der Hautaffektion.

Allen Arten von Leukoderma solare, welchen Ursprungs sie auch seien, sind zwei Merkmale gemein: erstens findet in der nächsten Umgebung der weißen Flecke keine Verstärkung des Farbentons der sonst gleichmäßig sonnenverbrannten Haut statt, und zweitens fehlen ihnen jegliche störende subjektive Empfindungen.

Digitized by Google

Die Lokalisatien des Leukoderma solare hängt von der gewöhnlichen Lokalisation derjenigen Hautaffektionen ab, auf Grund deren es sich in jedem gegebenem Falle ausbildet. Meistenteils wird es am Rumpf beobachtet, seltener am Hals, an den Extremitäten; doch wird man es an jedem beliebigen sonnenverbrannten Körperteil antreffen können.

Ob nun die weißen Flecke des Leukoderma solare tatsächlich depigmentiert sind, oder nur durch das Kontrastieren mit der umgebenden hyperpigmentierten Haut depigmentiert zu sein scheinen, diese Frage läßt sich gegenwärtig noch nicht beantworten, mindestens nicht gleichartig für alle Fälle, und bedarf deshalb weiterer histologischer Untersuchungen[1]).

Welcher ist nun der Entstehungsmechanismus des Leukoderma solare?

Derselbe scheint mir hauptsächlich rein physikalischer Natur zu sein: die eine Deckschicht bildenden Schuppen bzw. Krusten verhindern das Eindringen jener Teile des Sonnenstrahls (ultravioletter), die eine so scharf ausgesprochene Wirkung auf die gesunde Haut ausüben, indem sie in derselben verschiedene Grade von Entzündung hervorrufen und vermehrte Pigmentbildung anregen. Dank dieser hemmenden Wirkung der Schuppen und Krusten bleibt die darunter liegende Haut frei von Erythema solare, erfährt auch keine nachfolgende Hyperpigmentierung, während die umgebende Haut stark sonnenverbrannt erscheint. Nach Abklingen der Hautaffektion behalten die früher von ihr befallenen Stellen ihre normale Hautfarbe und scheinen, wie gesagt, durch das Kontrastieren mit der umgebenden sonnenverbrannten Haut depigmentiert zu sein, was nun den Eindruck eines Leukoderms macht.

Als vollkommene Analogie ließe sich für diese Erklärung der Fall anführen, wo jemand einen Körperteil dauernd der Einwirkung der Sonnenstrahlen aussetzt, den übrigen Körper aber durch Kleiderbedeckung davor schützt: der bedeckte Teil behält seine normale Hautfarbe und wird von den sonnenverbrannten Partien durch eine scharfe Linie abgegrenzt, z. B. die Zeichnung, die bei Gebrauch von Badehosen entsteht.

Es hat jedoch den Anschein, als ob nicht nur rein physikalische (besser gesagt mechanische) Hindernisse aus Schuppen und Borken allein der pigmentierenden Wirkung der Sonnenstrahlen hinderlich in den Weg treten. Den gleichen hemmenden Einfluß können, wie es scheint, auch andere pathologische Hautveränderungen ausüben.

Hindeutungen darauf finden wir bei JADASSOHN (11): „... Erfahrungen über Leukoderm nicht bloß bei Psoriasis und bei seborrhoischem Ekzem ..., über lokalisierte Leukoderme bei der Pityriasis simplex im Gesicht durch Sonnenwirkung hyperpigmentierter Kindergesichter und bei den oberflächlichsten ohne nachweisbare Narbenbildung abheilenden Formen des Lupus erythematodes, ... syphilitische Leukoderme an ebenfalls durch Sonneneinfluß hyperpigmentierten Vorderarmen, all das läßt mich an der Annahme rein lokaler Ursachen für Hyper- und Depigmentierung festhalten." Auch EHRMANN (5, 12) betont ausdrücklich den Einfluß der Sonnenstrahlen auf die Entstehung des syphilitischen Leukoderms.

---

[1]) WERTHEIM bespricht nur die Histologie der Pityriasis versic., gibt aber keine histologische Analyse der Leukodermaflecke, die nach künstlicher Beleuchtung oder Sonnenbädern auf Grund der Pityriasis versic. entstanden.

Digitized by Google

Es ist wohl anzunehmen, daß der Einfluß der Sonne bei der Entstehung des syphilitischen Leukoderms an jenen Stellen, wo es ohne Sonneneinwirkung nicht aufzutreten pflegt, z. B. an den Vorderarmen, sich auf gleiche Weise wie bei der Ausbildung des reinen Leukoderma solare geltend macht: ein Leukoderm erscheint deshalb, weil die kurzwelligen Strahlen des Sonnenspektrums verhindert sind, ihre pigmentierende Wirkung an Stellen der künftigen Leukodermaflecke auszuüben, während die umgebende Haut sich intensiv pigmentiert. Der Hyperpigmentierung stehen aber in diesem Falle nicht mechanische Hindernisse im Wege, sondern ein pathologisch-biologischer Prozeß, der in entgegengesetzter Richtung, und zwar im Sinne der Depigmentierung wirkt.

Wir wissen nicht, welche Phänomene in der Haut ein Leukoderma solare in denjenigen Fällen auslösen, in denen dem Leukoderm anscheinend keine sichtliche Hautaffektion vorangegangen war, doch dürfen wir vermuten, daß auch in diesen Fällen ein biologischer oder, richtiger, pathologisch-biologischer Zustand der betreffenden Hautbezirke besteht, der die hyperpigmentierende Wirkung der Sonnenstrahlen an diesen Stellen hemmt. Ohne Sonneneinwirkung müßten dieselben unsichtbar bleiben, wie auch ein syphilitisches Leukoderm an den Vorderarmen bei Abwesenheit von Sonnenbräune nicht zum Vorschein kommen könnte.

Die differentiale Diagnostik des Leukoderma solare bietet in bezug auf andere Leukodermien gewöhnlich keine Schwierigkeiten, wenn man nur von dessen Existenz weiß und daran denkt. Erstens begegnet man dem Leukoderm nur an der sonnenverbrannten Haut (ein Umstand, der sich unmittelbar durch Befragen des Kranken bestätigen läßt). Ferner ist das syphilitische Leukoderm, von welchem das Leukoderma solare am peinlichsten zu unterscheiden ist, meistens am Halse und nur ausnahmsweise am Rumpf, dann aber fast immer gleichzeitig auch am Halse lokalisiert. Bei dem Leukoderma solare ist das Verhältnis ein umgekehrtes: für gewöhnlich ist es am Rumpfe, seltener am Halse zu finden.

Auch die Form und die Anordnung der Flecke bei dem Leukoderma solare unterscheiden sich von denjenigen des syphilitischen Leukoderms, bei welchem sie in der bei weitem überwiegenden Mehrzahl der Fälle runde Form und gleichmäßige Größe aufweisen, dabei nie konfluieren und nicht so scharf begrenzt sind, wie dies bei dem Leukoderma solare gewöhnlich der Fall ist. Im Gegenteil dazu pflegen die Flecke bei Leukoderma solare verschieden groß zu sein; sie sind nicht immer rund und fließen zuweilen zusammen, besonders dann, wenn sie nach Pityriasis versic. auftreten.

Gewöhnlich ist bei dem syphilitischen Leukoderm auch keine Schuppung sichtbar, die bei Leukoderma solare oft festgestellt wird.

In denjenigen Fällen, wo das Leukoderma solare nur am Hals oder am Hals und Rumpf lokalisiert ist, ist es nicht immer leicht, dasselbe vom syphilitischen Leukoderm zu unterscheiden, zumal wenn die Eigentümlichkeiten des Leukoderma solare nicht deutlich ausgeprägt sind; den Verdacht auf Syphilis wird man dann nicht infolge des klinischen Bildes des Leukoderms allein, sondern auf Grund auch anderer Tatsachen zurückzuweisen suchen.

Digitized by Google

Der Unterschied des Leukoderma solare von anderen Leukodermien — dem psoriatischen, seborrhoischen, parapsoriatischen — stützt sich gewöhnlich auf das Vorhandensein der diesen Erkrankungen eigenen Elemente.

Es ist zuweilen recht wichtig, eine Kenntnis von der Existenz des Leukoderma solare zu haben, besonders um die differentiale Abgrenzung von der Syphilis zu ermöglichen. Und ich glaube, daß ich (wie auch EHRMANN) nicht die einzigen waren, denen es passiert ist, das Leukoderma solare wegen der Unkenntnis dessen Existenz für ein syphilitisches Leukoderm anzunehmen.

Ich habe es daher für nützlich erachtet, meine diesbezüglichen Beobachtungen zu veröffentlichen.

Was die Bezeichnung „Leukoderma solare" betrifft, so scheint mir dieselbe dem Hauptfaktor in dem Entstehungsmodus dieser Erkrankung Rechenschaft zu tragen; andererseits besteht eine Analogie zwischen derselben und einer anderen allgemein anerkannten Bezeichnung „Erythema solare" [1]).

Literatur.

1. NEISSER, Vierteljahrsschr. f. Derm. u. Syph., 1883. — 2. RILLE, Lehrbuch d. Hautkrkh., 1902. — 3. JESIONEK, M. m. W., 1906, Nr. 24. — 4. EHRMANN, Die Anwendung der Elektrizität in der Dermatologie, 1908. — 5. EHRMANN, Pigmentanomalien bei Syphilis. Handb. d. Geschlechtskrkh., von FINGER, JADASSOHN, 1912, Bd. 2. — 6. ARNDT, Arch. f. Derm., Bd. 100. — 7. BUSCHKE und KLEMM, M. Kl., 1920, Nr. 45; Ref. bei WERTHEIM, Derm. Zschr., 1923, Juniheft. — 8. STRASSBERG, Sitzungsber. d. Schles. Derm. Ges., 8. VII. 1922; Ref. ibid. — 9. ALMKVIST, Acta Dermato-Venerologica; Ref. Derm. W., 1924, Nr. 15, S. 434. — 10. WERTHEIM, Derm. Zschr., 1923, Juniheft. — 11. JADASSOHN, Syphilidol. Beiträge; Arch. f. Derm., 1907, Bd. 86. — 12. EHRMANN und WERTHEIM, Arch. f. Derm., Bd. 143, Nr. 1/2.

Aus der Universitäts-Kinderklinik zu Würzburg.

Das Problem der Übertragung der angeborenen Syphilis.

Von

Prof. HANS RIETSCHEL.

(Schluß.)

Wir fragen mit NEISSER, der dieses Problem scharf formuliert hat: „Wie kommt die Syphilis zustande? Primär vom Manne oder durch Choc en retour vom (a patre infizierten) Kinde? Und diese Frage werfe ich auf, wesentlich aus klinischen Gründen. Woher stammt, so frage ich, in solchen Fällen der ganz eigenartige Verlauf der Syphilis bei solchen

---

[1]) Als ich die vorliegende Mitteilung machte, waren mir die letzten Arbeiten von BUSCHKE und KLEMM, STRASSBERG und besonders von WERTHEIM nicht bekannt, die Arbeit von ALMKVIST überhaupt noch nicht erschienen. Die ersten zwei Arbeiten sind hier auch jetzt noch nicht im Original zu haben, und so kann ich mir kein Urteil darüber bilden, ob auch in den Fällen, die in diesen Arbeiten beschrieben sind, der Wirkung der Sonnenstrahlen in der Entstehung der betreffenden Leukodermen eine Bedeutung zukommt.

Digitized by Google

Müttern? Wir sehen ja unzählige Frauen, bei denen wir von primärer Syphilis nichts wissen und bei denen weder die Anamnese noch die sorgfältige Untersuchung den Sitz der primären Erkrankung nachweisen lassen, aber wir finden bei ihnen ganz dieselben typischen sekundären Erscheinungen wie bei den Frauen, deren primäre Affektion wir beobachten konnten. Aber nichts von diesen sekundären Erscheinungen sehen wir bei den in Frage kommenden Müttern. Im Gegenteil, sie erscheinen vollkommen gesund." In dieser Frage liegt tatsächlich der Angelpunkt für das Problem. Dieser verschiedene Verlauf, der einmal die Hypothese des Choc en retour, sodann die des Tertiarisme d'emblée veranlaßte, rechtfertigt, hier Besonderheiten anzunehmen.

Ich habe versucht, auch dieser Frage näherzutreten und habe vor Jahren eine Hypothese entwickelt, die mir diese komplizierten Verhältnisse am besten zu erklären und den auch heute noch nicht ausgetragenen Streit auszugleichen scheint. Wir müssen hier kurz auf die tierexperimentelle Syphilis zurückgehen.

Neisser und nach ihm viele andere Forscher haben in einer großen Reihe von Versuchen festgestellt, daß eine Impfung mit Syphilisgift an Affen am besten gelingt, wenn sie kutan erfolgt. Die subkutanen Infektionsversuche ergaben nun, daß es zwar möglich ist, auf subkutanem Wege Tiere zu infizieren, daß dies aber nur in seltenen Fällen gelingt. Meist haftet bei dieser Methode das Syphilisvirus doch im kutanen Gewebe und der Erfolg ist nur ein scheinbar subkutaner, tatsächlich aber eine kutane Impfung mit Primäraffekt. Warum die subkutane Impfung so schwer angeht, ist nicht ohne weiteres zu sagen (leukozytäre Reaktion?).

Die intravenöse Infektion der Affen mit spirochätenhaltigem Material war von viel größerem Erfolg begleitet; hier gingen die meisten Impfungen an und führten zu einer allgemeinen Syphilis des Tieres. Dagegen waren alle intraperitonealen Versuche ergebnislos. Wahrscheinlich ist es der Spirochäte nicht möglich, das resistente, unverletzte Serosaepithel zu durchbrechen, die Affinität des Nährbodens ist eine geringe. Lymphdrüsenspaltung und Einreiben der auf diese Weise freigelegten Flächen mit Virusmaterial wurde von Neisser zweimal vorgenommen, beide Male ohne Erfolg. Auch der Versuch mit Einreiben von Spirochätenmaterial an der Innenfläche der freigelegten Vena femoralis war negativ. Besondere Bedeutung haben dagegen die direkten Impfungen des Hodens erlangt. Das Hodenparenchym scheint ein hervorragend guter Nährboden für Luesspirochäten zu sein; ob es einen besseren Nährboden darstellt wie die Kutis, vermag ich nicht zu beurteilen.

Nachdem Bertarelli 1906 den Beweis gebracht hatte (vorher hatte schon Hänsel 1881 Belege gebracht, die aber keine Beachtung fanden), daß die Kaninchenhornhaut nach Einbringung von Material in die vordere Augenkammer regelmäßig in der Form einer besonderen Keratitis erkrankte, haben neben anderen Forschern (Neisser, Hoffmann, Mühlens) besonders Uhlenhuth und Mulzer die Kaninchensyphilis studiert. Auch bei der Kaninchensyphilis haben wir einen verschiedenen Verlauf, je nach dem primären Ausgangspunkt der Syphilis. So scheint die Augensyphilis eine Lokalerkrankung zu bleiben jedenfalls, ganz selten zu einer generalisierten Syphilis zu werden. Ganz anders verhalten sich die Hoden,

Digitized by Google

besonders nachdem die Spirochäten durch wiederholte Tierpassage virulenter geworden sind. Bei Impfung in die Hoden gelingt es sofort, eine generalisierte Syphilis hervorzurufen. Kutane Impfung beim Kaninchen gelingt auch, wenn auch wesentlich schwerer als beim Affen. Intravenöse Impfung hatte dagegen ausnahmslos Erfolg.

Es geht aus diesen Versuchen von experimenteller Syphilis hervor, daß für den Verlauf der Syphilis der Ort, an dem die Infektion ansetzt, von ausschlaggebender Bedeutung ist und daß Impfsyphilis und Impfsyphilis durchaus nicht den gleichen Verlauf nehmen müssen. Besonders bedeutsam scheint uns zu sein, daß die Syphilis bei Impfung ins Auge weit mehr eine Lokalerkrankung bleibt.

Es ist gewiß richtig, daß man mit aller Vorsicht diese Ergebnisse auf die menschliche Pathologie übertragen wird. Gibt es aber für die Pathologie der Syphilis beim Erwachsenen ähnliche Erfahrungen?

Die Verschiedenheit der Syphilis beim Erwachsenen und beim Säugling ist allerdings einesteils auf Kosten des verschiedenen Alters zu setzen, andernteils wohl auf den verschiedenen Infektionsmodus. Nun handelt es sich bei der Syphilis des Erwachsenen stets um einen Primäraffekt der Haut oder Schleimhaut; aber auch da wird von den verschiedensten Forschern anerkannt, daß im allgemeinen der extragenitale Primäraffekt meist einen schwereren Verlauf der Syphilis nach sich zieht als der genitale. Bekannt ist ferner, daß im Gesicht auftretende Primäraffekte besonders zu einer Hirnlues disponieren.

Ebenso bekannt ist bei anderen Krankheiten der verschiedene Verlauf z. B. der Karbunkel. Wenn auch der Karbunkel an jeder Stelle des Körpers bösartig werden kann, so sind die Gesichtskarbunkel doch besonders gefürchtet in ihrer Neigung zur anschließenden Sepsis. Man darf sich wohl vorstellen, daß dieser verschiedene Verlauf zum Teil mit dem Lymphgefäßsystem bzw. mit den Lymphdrüsen zusammenhängt, denen ja in erster Linie die Aufgabe zukommt, den Infekt lokalisiert zu erhalten.

Ein weiteres Beispiel bietet weiter die Pest; gewöhnlich kommt es zu einer kutanen Infektion, zur Ausbildung des Bubo. Wird jedoch primär die Lunge infiziert, so tritt das Bild der Lungenpest auf, das klinisch von dem der Bubonenpest völlig verschieden ist. Man könnte noch eine Reihe von Beispielen aufführen (Lupus, Lungentuberkulose u. a.). Es ist also durchaus berechtigt, anzunehmen, daß der Ort der Eintrittspforte des Erregers sehr wohl das klinische Krankheitsbild und den Verlauf bestimmen kann.

Nun haben wir bei der Frau folgende Infektionsmöglichkeiten: Entweder wird sie kutan infiziert, sei es an sichtbarer Stelle, wo der Primäraffekt deutlich ins Auge fällt, sei es an unsichtbarer Stelle (Zervix, Portio), wo ein solcher Primäraffekt nicht sofort gesehen wird, wohl aber vorhanden sein kann. Gelangt aber die Spirochäte über die Portio in die Uterushöhle, so sind hier die Infektionsbedingungen ganz andere, denn der Uterus ist ausgekleidet mit einem Flimmerzylinderepithel, und wir haben durchaus kein Recht, zumal die Uterusschleimhaut reich an Drüsen ist, eine Infektion, die in einem solchen Gewebe stattfindet, mit der kutanen gleichzusetzen und klinisch denselben Krankheitsverlauf zu erwarten. Ich nehme an, daß der verschiedene klinische Verlauf bei jenen

Digitized by Google

Frauen sich durch den eigenartigen Infektionsmodus erklärt und daß daher die Lues vielleicht eine andere, eine viel mildere Form von vornherein annimmt, als wenn es zur Bildung eines kutanen Primäraffektes kommt und von da zur Generalisierung der Spirochäten im Körper. Eine solche Annahme hat allerdings eine unbedingte Voraussetzung, daß nämlich das Sperma infektiös sein muß. Diese Tatsache steht heute sicher (Uhlenhuth und Mulzer, Finger und Landsteiner). Wir stützen diese Hypothese auf die tierexperimentellen Erfahrungen und Analogien, die auch andere Infektionskrankheiten bieten, wir sind uns indessen aber bewußt, daß ein experimenteller Beweis noch aussteht. Schwieriger wird die Frage, wenn wir näher auf diese Erklärungsmöglichkeiten eingehen. An sich wird es wohl bei völlig intaktem Flimmerepithel nicht so leicht zu einer Infektion kommen. Denn wir finden für den Infekt bei Syphilis eine wenn auch noch so geringe Kontinuitätstrennung des Epithels notwendig, und diese ist a priori im Uterus nicht gegeben. Wäre es aber nicht möglich, daß Menstruation oder auch die Reifung des Eis und die damit verbundene Auflockerung und Veränderung der Schleimhaut geeigneten Boden für eine Infektion schafft, d. h. könnte nicht doch „so eine Art Infektion ex patre" bei einer Konzeption zustande kommen?

Allerdings möchte ich von vornherein betonen, daß eine Konzeption, bei der es zu gleicher Zeit zur Syphilisinfektion der Mutter (in utero) kommt, nicht allzu lange dauert und dabei dem Fötus eine weitere Entwicklung nicht möglich ist, daß also eine solche Konzeption nie zu einem manifest oder latent luetischen Kinde führen kann. Dagegen sprechen alle Überlegungen, besonders auch die pathologischen Erfahrungen. Aber wohl wäre es möglich, daß durch die Konzeption oder auch durch die Menstruation die Infektionsmöglichkeit geschaffen oder wenigstens gesteigert wird. Durch einen solchen veränderten Infektionsmodus kann aber der Verlauf der Syphilis bei der Mutter sehr wohl völlig geändert werden. Es ist möglich, daß die Syphilis mehr lokalisiert bleibt besonders in den zahlreichen Lymphdrüsen des Beckenbodens oder daß die Mutter bei dieser, wie es scheint, nicht so starken Infektion besser instand gesetzt wird, Antikörper zu bilden und damit die Krankheit von vornherein anders und weit milder verlaufen zu lassen.

Eine solche Überlegung würde zweifellos die Eigentümlichkeit der latenten Lues der Frau (Tertiarisme d'emblée, Syphilis par conception der alten Autoren) erklären. Kommt es bei einer solchen Frau, bei der die Spirochäte durch eine intrauterine Infektion in den Körper eingedrungen ist und nun jene eigentümliche Form der latenten Lues hervorgerufen hat, zu einer Konzeption, so entwickelt sich der Fötus anfangs ganz normal, bis die in den Beckendrüsen noch vorhandenen schlummernden Spirochäten von der Plazenta angelockt werden, die Plazenta infizieren und von dort je nach ihrer Entwicklung in der Plazenta auf den Fötus während der Gravidität übergehen oder ihm „intra partum" von der Mutter mitgegeben werden oder ihn ganz verschonen. Man sieht, das Problem birgt noch viele Fragen, die ungelöst sind. Ich bin mir besonders am Schluß des Hypothetischen bewußt, aber ohne Vorstellungen ist auch in der Medizin ein Weiterarbeiten nicht möglich.

Digitized by Google

Literatur.

1. Boas-Thomsen, B. kl. W., Bd. 46, Nr. 12. — 2. Esch, Zbl. f. Gynäk., Jg. 47, S. 709. — 3. Fischl, Mschr. f. Kindhlk., Bd. 25, S. 110. — 4. Guggenheim, Zschr. f. Kindhlk., Bd. 33, S. 329. — 5. F. Lesser-Carsten, D. m. W., 1914, S. 755. — 6. Pfitzer, Zschr. f. Kindhlk., Bd. 18, S. 750. — 7. Rietschel, Ergebnisse d. inn. Med. u. Kindhlk. (Literatur), Bd. 12, S. 160; M. Kl., 1909, Nr. 18; Jahrb. f. Kindhlk., Bd. 70, S. 62; Zschr. f. Kindhlk., Bd. 31, S. 293. — 8. Thomsen, Ziegl. Beitr., 1905, Bd. 38, S. 524.

Die gesetzliche Regelung der Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten.

Referat, erstattet von

E. Delbanco in Hamburg.

(Schluß.)

Ich kann mich auch bei denjenigen Veränderungen kurz fassen, welche das Strafgesetzbuch teils durch die schon erwähnten neuen Postulate in dem Gesetzentwurf, teils durch einige weitere Punkte erleiden muß (§ 13 und 13a).

In früherer Zeit spielte in den Erörterungen über die Bekämpfung der G.-Kr. die Bordell- und die Kasernierungsfrage eine große Rolle. Immer allgemeiner ist aber die Anschauung geworden, daß die Bordelle die Stätte besonderer Ausschweifung sind, daß sie den definitiven körperlichen und geistigen Ruin unzähliger Mädchen und ihre schrankenlose Ausbeutung bedeuten, daß sie den Alkoholismus und mit ihm die Aufhebung aller Hemmungen fördern, daß sie besonders auf die jungen Leute provozierend wirken, auch weil auf die Gesundheit ihrer Insassinnen besonders gerechnet wird. Sie haben, da sie meist nur einen kleinen Teil selbst der öffentlichen Prostituierten beherbergen, und da die in ihnen scheinbar leichter zu übende gesundheitliche Kontrolle durch die große Zahl der Infektionsgelegenheiten überkompensiert wird, ohne Zweifel hygienisch nicht die ihnen so lange Zeit zugeschriebene Bedeutung. Eine wenngleich viel geringere Anzahl dieser Fehler haftet auch der Kasernierung in bestimmten Straßen an; sie wird trotz einzelner anscheinend günstiger Erfahrungen in den meisten Städten schon aus kommunal-politischen Erwägungen, wegen der Opposition der Anwohner usw., verworfen. Auch sie wird, wie die Bordellierung, nach § 13 verboten. Dagegen muß endlich mit den Vorschriften aufgeräumt werden, welche das Gewähren der Wohnung auch an Prostituierte über 18 Jahre als Kuppelei bedroht (§ 180 des R.Str.G.). Nur die Ausbeutung und ein Vermietungsbetrieb, der an Bordelle erinnert, muß bestraft werden. Es ist in dem bevölkerungspolitischen Ausschuß nach langen und schwierigen Erörterungen noch eine Anzahl von Wohnungsbeschränkungen angenommen worden (Verbot für die gewohnheitsmäßig sich Prostituierenden, in der Nähe von Kirchen, Schulen usw. oder gemeinsam mit Jugendlichen zu wohnen, ferner in Gemeinden mit weniger als 10000 Einwohnern, wenn die oberste Landesbehörde eine entsprechende Anordnung getroffen hat). Diese Bestimmungen stellen einen Kompromiß dar, den derjenige bedauern wird, welcher fürchtet, daß daraufhin bei der Feststellung, wer gewohnheitsmäßig zum Zweck des Erwerbs die Unzucht ausübt, die Polizei wieder durch ein Hintertürchen mit Rubrizierung der Prostituierten vorgehen könnte. Aber der Ausschuß wäre ohne Beschränkungen wohl nicht zu einer Annahme des Entwurfs gekommen, und es ist zu hoffen, daß, falls sie bestehen bleiben, durch die Ausführungsbestimmungen eine mißbräuchliche Rückkehr zu irgend einer Art von polizeilicher Listenführung unmöglich gemacht wird. Denn — und das muß hier noch einmal hervorgehoben werden — der Reglementierung ist durch ausdrückliche Änderung des § 361 des R.Str.G. in dem Gesetzentwurf der Boden entzogen.

Bisher heißt es: „Mit Haft bestraft wird eine Weibsperson, welche wegen gewerbsmäßiger Unzucht einer polizeilichen Aufsicht unterstellt ist, wenn sie den in dieser Hinsicht zur Sicherung der Gesundheit, der öffentlichen Ordnung und des öffentlichen Anstandes erlassenen polizeilichen Vorschriften zuwiderhandelt, oder welche, ohne einer solchen Aufsicht unterstellt zu sein, gewerbsmäßig Unzucht betreibt."

Digitized by Google

Jetzt soll es heißen (§ 13 III): „Mit Haft wird bestraft: Wer öffentlich zur Unzucht auffordert, oder sich in einer Sitte und Anstand verletzenden oder andere belästigenden Weise dazu anbietet." Auch zu einer Diskussion der Frage, ob die gewerbsmäßige Unzucht an sich bestraft werden soll, ist es noch einmal gekommen; aber ein dahingehender Antrag mußte abgelehnt werden; die Konsequenzen eines solchen Beschlusses wären untragbar gewesen.

Ich möchte zum Schluß noch einmal darauf hinweisen, daß im § 14 öffentliche Beratungsstellen für Geschlechtskranke im ganzen Reichsgebiet in genügender Anzahl als ein Erfordernis hingestellt werden, und daß ihre Zulassung, ihr Aufgabenkreis und ihr Zusammenwirken mit Gesundheitsbehörde, Pflegeämtern und anderen für die Durchführung sozialfürsorgerischen Maßnahmen zulässigen Einrichtungen den Ausführungsbestimmungen überlassen bleibt — gerade hiervon erhoffen wir sehr segensreiche Wirkungen.

Einer der gerade jetzt schwierigsten Punkte bleibt der § 15 — „die Zuständigkeit der Behörden und die Aufbringung der durch die Ausführung dieses Gesetzes entstehenden Kosten regelt sich nach Landesrecht". Hier aber fühle ich mich noch weniger berechtigt, als in mancher der anderen juristischen Fragen, auch nur den Versuch eines Urteils zu wagen. Hier hat der Mediziner nur den frommen Wunsch und Glauben, daß die nach der Entscheidung des Reichsrates vorhandenen Schwierigkeiten bei der Wichtigkeit der Angelegenheit von Regierungen und Parlamenten überwunden werden können. Nirgends scheint dem Hygieniker Sparen in der Gegenwart unökonomischer, als bei der Bekämpfung der ansteckenden Geschlechtskrankheiten, bei denen jede Versäumnis sich durch ungezählte neue Ansteckungen und durch eine Unsumme von Pflegefällen (man denke nur an Rückenmarksschwindsucht und Gehirnerweichung) in näherer und fernerer Zukunft rächen muß. Die Behörden, welche das erkennen, werden auch den Willen haben, die Geldmittel zu finden, die viel von diesem Elend verhüten können — und wo ein Wille ist, da muß auch hier ein Weg sein.

Ich glaube alles Wesentliche erörtert zu haben, was der Gesetzentwurf bringt. Ich habe schon hervorgehoben, daß damit keineswegs alles so geregelt ist, wie alle es wünschen, und daß manche Fragen nicht in das Gesetz hineinbezogen worden sind, welche vielen hineinzugehören scheinen. Ich erwähne nur beispielsweise die gesetzliche Festlegung der Eheberatung oder sogar ein gesetzliches Ehezeugnis und die Aufklärung wenigstens der Schulentlassenen.

Aber das und manches andere ist nach dem Urteil der meisten noch nicht genügend spruchreif, um Gesetz zu werden. Es ist mit Recht gesagt worden, daß der Entwurf nur ein erster Schritt zur gesetzlichen Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten ist. Als solcher aber scheint er uns auf den richtigen Weg zu führen. Tut man diesen Schritt jetzt nicht, überlegt und diskutiert man immer weiter, so wird das Unheil immer noch vergrößert. Wird aber der Entwurf angenommen, wird er durch eingehende und praktische Ausführungsbestimmungen ergänzt, dann können wir hoffen, daß auf breiterer und festerer Basis ein Kampf geführt werden kann, welcher für die Gesundheit unseres Volkes von größter Bedeutung ist. Jeder sollte daher, gleichviel, welches seine politische Stellung ist, in seinem Kreis dafür wirken, daß trotz aller Einwendungen der Entwurf bald Gesetz werde.

2. Berichterstatter: Hübener (Stellvertreter des Landeshauptmanns der Provinz Sachsen).

Der Kampf gegen die G.-Kr. muß zu einer Volkssache werden. Das Gesetz soll die Volksbewegung schüren. Breite Aufklärung muß den Massenwillen schaffen. Ein System zweckmäßiger Maßnahmen muß diesen Willen zur Durchsetzung bringen.

Bodenlose Unwissenheit läßt nicht ahnen, daß jeder 6. Deutsche geschlechtskrank ist. Plattes Land und industrielle Arbeiterschaft sind infiziert. Unbekannt alle diese Dinge den Frauen, die unter den Folgen mehr als die Männer zu leiden haben. Unbekannt Möglichkeit und Bedingung für Heilung und Vorbeugung.

Planmäßige Aufklärung, wie sie z. B. in Halle geübt wird, ist vonnöten. Noch wichtiger die sittliche Beeinflussung der Jugend zu Reinheit und Stolz.

Der leichtfertige Geschlechtsverkehr ist als die Quelle der G.-Kr. zu bekämpfen. Abseits allen konfessionellen Streites muß hier gekämpft werden. So übereinstimmend die erhobene Forderung auf allen Seiten, so verschieden die innere Begründung. Keine falsche Scham als Folge einer lebensunkundigen, moralischen Beeinflussung. Erweckung des sozialen Verantwortlichkeitsgefühls. „Leichtfertiger Verkehr ist eine gefährliche Übertretung; Nichtbehandlung erworbener Krankheit ist ein schweres Vergehen; Weiter-

Digitized by Google

verbreitung der Krankheit ist ein ehrloses Verbrechen." Keine zu kategorische Forderung der Enthaltsamkeit.

Bekämpfung des Unzuchtskapitals. Niemand darf von der Unzucht leben und gleichzeitig in der Gesellschaft eine ehrenvolle Stellung einnehmen.

Der Arzt muß das Beste tun zur Einschränkung der Krankheit. Darum muß für die Fortbildung der Ärzte genügend gesorgt werden. Darum müssen die Krankenhäuser ausreichend ausgestattet werden, müssen Spezialabteilungen überall geschaffen werden.

Beratungsstellen und Schutzbehandlung müssen ausgebaut werden, ohne die Interessen der Ärzte zu gefährden, ohne daß sie als Anregung zu leichtfertigem Verkehr wirken.

Lehrer, Erzieher und Ärzte sollen planmäßig zusammenarbeiten. Vollverantwortliche, vollinteressierte, finanziell leistungsfähige Träger dieser Aufgabe haben bislang gefehlt. Die öffentliche Verwaltung muß die Aufgabe lösen. Die Bekämpfung der G.-Kr. muß vorzugsweise Sache der Gemeinden bleiben. Das Reich muß den Rahmen der Gesetzgebung schaffen und für eine gewisse Einheitlichkeit der Kampfführung sorgen. Zwischen den engeren und weiteren Kommunalverbänden (Provinzen) werden die einzelnen Aufgaben abzugrenzen sein. Die Länder haben eine ähnliche Aufgabe wie die Provinzen; sie wirken mit als Träger der Polizeihoheit, als Träger der Universitäten.

Zum Schluß erörtert Hübener den Gedanken, ob es nicht zweckmäßig sei, den Kommunalverbänden die Einführung einzelner wichtiger fakultativ zu gestaltender Bestimmungen des Gesetzes durch Ortsstatut zu überlassen. Die Frage des Ausschlusses nicht als Ärzte approbierter Personen von der Behandlung bleibt besser im positiven Sinne entschieden; dagegen könnte die Frage der Kasernierung und der Reglementierung der Prostitution der Regelung durch die Selbstverwaltung vorbehalten bleiben. Der hierdurch in die Kommunalverbände hineingetragene Zündstoff kann das Ziel, den Kampf zur Volksbewegung zu machen, nur fördern.

Der Schlußgedanke des Referates des verdienten jetzt höchsten sächsischen Beamten zeigt, ebenso wie die einsetzende Diskussion, daß die grundsätzlich wichtigste Reform des Gesetzentwurfes, die völlige Aufhebung der Reglementierung, als einer hygienisch ganz wertlosen und sich völlig überlebt habenden, bei dem heutigen Stande der Wissenschaft auch gar nicht mehr verteidigungsfähigen Institution sich in der beamteten Ärzteschaft, darum auch in der höchsten Beamtenschaft, noch gar nicht durchgesetzt hat.

Darum lehnte Delbanco-Hamburg energisch ab, daß die letzte Entscheidung, ob Reglementierung oder eine ihrer Unterformen oder restlose Beseitigung dieser nutzlosen Einrichtungen, in die Hände der Kommunen gelegt wird. Die Ausführungsbestimmungen würden überall noch zu sehr auf Beamte stoßen, die ganz vom alten Polizeigeist erfüllt sind. Die Reglementierung käme durch die Hintertür um so breiter wieder herein. Das neue Gesetz verlangt eine neue Einstellung von Ärzten und Beamten, wie die nordischen Länder sie gelehrt haben. Auf die ganz jugendlichen, eben in die Prostitution hinübergleitenden, durch kein Polizeisystem zu fassenden Mädchen kommt es vor allem an, auf zielbewußte soziale und erzieherische Maßnahmen. Es ist sinnlos, nur bei Frauen die Krankheiten erfassen zu wollen. So groß die vis medicatrix naturae bei der Gonorrhoe, so gering unser therapeutisches Können bei Mann und Frau. D. verbreitet sich dann noch über die Bremer und Hamburger Verhältnisse. Bei einem Prostitutionsmarkt von 20—30000 Frauen in Hamburg bedeute für die Bewegung der Geschlechtskrankheiten die Aufhebung der Zwangsbordelle mit ihren 450 Insassinnen gar nichts.

Knack-Hamburg unterstreicht die weitestgehenden Nachteile der Hamburger Bordelle nach sozialer und ethischer Richtung, die eine Zentrale für den Mädchenhandel unter staatlicher Förderung geschaffen haben. Die Zunahme der Prostitution seit der Kriegszeit erklärt einen Teil der Mißstände, die seit Schließung der Bordelle stärker hervorgetreten sind. Sachlicher Kritik hält die behauptete Vermehrung der Krankheiten nicht stand, da eine ernst zu nehmende Statistik nicht vorhanden ist. Wie auch anderswo ist in Hamburg der Prozentsatz der bei Razzien krank befundenen weiblichen Personen im Sinken begriffen. Auch die G.-Kr. folgen eigenen Bewegungsgesetzen. Die Oberschulbehörde klärt durch systematisch aufgebaute Sexualpädagogik auf, Sexualberatungsstellen wirken in gleichem Sinn einer neuzeitlichen Regelung der Materie, eine Arbeitsgemeinschaft aus den verschiedensten Kreisen wirkt im Sinne des verlangten Kompromisses der Weltanschauungen.

Kuhn-Dresden will, daß die Bekämpfung eine hygienische sei. Wie beim Typhus die Beobachtung der Bazillenträger grundsätzlich eine rein ärztliche sein müßte, nur bei Ungehorsamen eine Meldung an die Behörden erfolgen dürfte, so könnten erst nach allgemeiner Einführung solcher Auffassung Tuberkulose und G.-Kr. in den Kampf einbe-

Digitized by Google

zogen werden. Bei letzteren mit um so mehr Erfolg, als ihre Ansteckungsart genau bekannt ist. Die Kostenfrage ist mit dem Augenblick geregelt, wo die grundsätzliche Unentgeltlichkeit in den bakteriologischen Anstalten aufgehoben wird. Die Bekämpfung der Prostitution wird erst auf eine feste Grundlage gestellt, wenn die Frühehe Volkssitte wird.

Peters-Potsdam begrüßt, daß das Gesundheitsamt zum Träger der Bekämpfungsmaßnahmen gemacht wird; die Aufklärungsarbeit sollte berücksichtigen die Ausbreitung des freien Geschlechtsverkehrs in den Kreisen der gebildeten Frauen und Mädchen. Über die gerade bei der Jugend zweckmäßig einsetzende Aufklärung spricht v. Drigalski-Halle. Das mustergültige Beispiel von Halle hat bislang keine Nachahmung gefunden. Ganz systematisch werden hier Vorträge in allen Schulen für die Abgehenden beiderlei Geschlechts über Alkoholmißbrauch und leichtfertigen Verkehr gehalten. Bornstein-Berlin legt den Nachdruck auf die Alkoholenthaltsamkeit. Die wichtigsten Tatsachen über Alkohol, Ernährung, Wohnung, die wirtschaftliche Grundlage der Frühehe und Ehe überhaupt, Vererbung müßten von ausgewählten und geschulten Rednern verbreitet werden. Weisbach-Halle und Tjaden-Bremen wollen im Sinne Hübeners dem Ortsstatut die Kasernierungsfrage überlassen, nicht die Kurpfuscherfrage; Weisbach will die Möglichkeit persönlicher Prophylaxe und die Gelegenheit zu solcher zu allgemeiner Kenntnis bringen. Tjaden hebt hervor, wie grundlegend verschieden die Begriffe Kasernierung und „Bordelle" sind. Ein kategorisches Verbot der Bordelle durch das Gesetz wäre nur illusorisch.

Nach einem Verwahrungsgesetz für psychopathische Dirnen, nach Fürsorge für die aus dem Krankenhause entlassenen Mädchen verlangt Fischer-Defoy-Frankfurt a. M., und nach Schutz der Jugend, die aus sich selbst heraus helfen muß. Oschmann-Erfurt stellt von gleichem Standpunkt fest, daß 51% aller Geschlechtskranken der Jahre 1922 und 1923 dem Alter von 15—20 Jahren angehörten. Auch nachts müßten die Schutzbehandlungsstellen geöffnet sein.

Frau Höber-Kiel will die bedingungslose Ausschaltung der Kurpfuscher, die Einführung von Ehegesetzen erst dann, wenn das Latenzstadium von Gonorrhoe und Lues mit Sicherheit nachweisbar ist. Das neue Gesetz sollte eine Handhabe bieten, um asoziale Individuen, Mann und Frau, in Heimen unterzubringen, schlägt entsprechende Zusatzparagraphen zu § 13 vor. Die Heime sollten von Ärzten und Ärztinnen geleitet werden. Sehr skeptisch verhält sich Hagen-Höchst a. M. Der voreheliche Verkehr ist zu alte Volkssitte in vielen deutschen Stämmen. Die heutige wirtschaftliche Eheform ist nicht problemlos. Weitgehende Verantwortungshebung in allen sexuellen Dingen, beim Kinde anhebend. Ehrfurcht vor der Fortpflanzung. Publikum, Schule, Kultusministerium sollten ihre Scheuklappenpolitik beiseite lassen.

Krautwig-Köln sieht in dem § 3, nach dem nicht nur Prostituierte und Verdächtige, sondern auch Männer und Frauen darüber hinaus zur Behandlung gezwungen werden können, eine Quelle ärgster Mißgriffe. Für die Abschaffung der Bordelle setzt auch Krautwig sich ein, nicht aber für die Abschaffung einer nicht rigorosen Kasernierung, die mehr Vorteile als Nachteile bietet. Hauffe-Chemnitz spricht über die Schwierigkeiten einer Abgrenzung des „unmittelbaren Zwanges". Sache des Gesetzes oder einer Ausführungsordnung wird es sein, allgemein gültige Anweisungen zu geben, wie in der Praxis die Absicht des Gesetzes durchgesetzt und die Krankenhausordnung geschützt wird. Auch Hauffe möchte die Behandlung durch Nichtärzte nicht den Kommunen überlassen.

Christian-Berlin glaubt an eine nur begrenzte Wirksamkeit der Aufklärungsarbeit und erhärtet dies an dem Beispiel der in gleichem Umfang infizierten Medizinstudierenden. Für die Leichtfertigen und Böswilligen ist es mit der Aufklärung allein nicht getan. Da sind schon stärkere Mittel am Platz. Breiteren Schichten ist der Gefährdungsparagraph noch unbekannt. Bestrafungsfälle, die sich im Gesichtskreis der einzelnen Bevölkerungsgruppen abspielen, erziehen. Schwierig allerdings oft genug der Nachweis des Ansteckungsbewußtseins. Die Aufsicht durch die Gesundheitsbehörde wird gesundheitstechnisch nicht mehr leisten als die bisherige polizeiliche Aufsicht. Nur eine allgemeine Anzeigepflicht, wie Schweden sie seit 1919 hat, hier allerdings mit dem richtigen Gedanken einer Übernahme der Behandlungskosten auf die Staatskasse verbunden, kann die Gedankengänge des Entwurfes wirksam gestalten.

Nach der Diskussion berührte es schon eigenartig und eindrucksvoll, daß ein aus der Versammlung eingelaufener Antrag, die Reichsregierung möge ersucht werden, den Entwurf möglichst bald dem neuen Reichstag zur Annahme vorzulegen, einstimmig Annahme fand.

Digitized by Google

Aus dem Dermatologischen Ambulatorium der Drs. Delbanco, Haas und Zimmern.

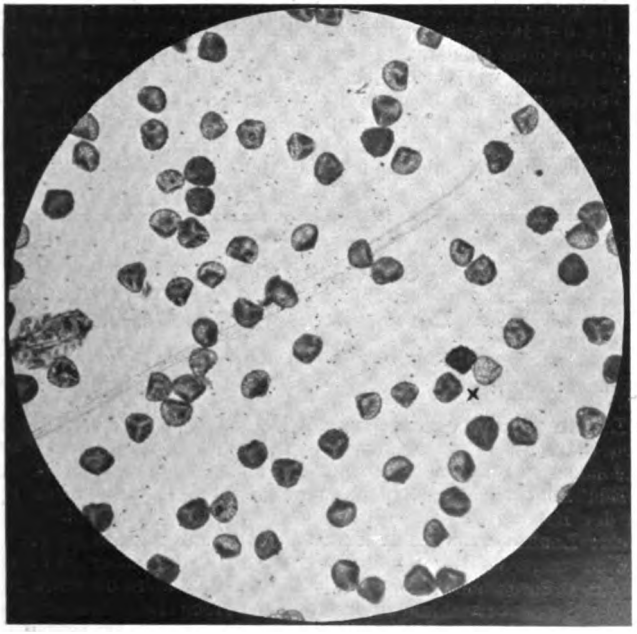
Nachtrag zu meiner Arbeit „Über Mercutin, einem Quecksilberpuder, und über Quecksilbergleitpuder“[1]).

Von

Prof. Ernst Delbanco in Hamburg.

Mit 1 Abbildung im Text.

Dem geduldigen Leser obenstehender Arbeit bin ich das Mikrophotogramm des „Pulvis hydrargyri fluens c. lycopodio parat.“ schuldig geblieben, des nach der ursprünglichen Unnaschen Vorschrift hergestellten Quecksilbergleitpuders. Bei der Feinheit des Objektes hatte Görbing das Photogramm bei 136facher Vergrößerung aufgenommen,



also bei der doppelten Vergrößerung der in unserer Arbeit niedergelegten Aufnahmen des Mercutins und des Pulvis fluens hydrargyri Mielck. Die Bilder bleiben so bequem vergleichbar. Einbettungsmittel: Paraffin liquid. „Freie Quecksilbertröpfchen sind im Präparat nicht mehr erkennbar; das Quecksilber ist vollkommen auf den Lykopodiumsporen verteilt. Die Sporen sind zum Teil ganz von Hg umhüllt, viele teilweise und einzelne Sporen sind frei. Die im Bild bezeichnete Stelle $\times$ zeigt drei solcher Sporen. Die Verteilung ist im Photogramm schön sichtbar, da alle mit Quecksilber beladenen Sporen ganz oder zum Teil schwarz gedeckt sind.“

Es ist schon ein reizvolles Bild, das die weniger stark mit Quecksilber bedeckten Sporen bieten; man sieht deutlich, wie die kleinen Quecksilberkügelchen sich in die Zwischenräume des Leistensystems, des Exosporiums, eingelagert haben. Man denke an

[1]) Diese Zschr., 1924, Nr. 40 u. 41.

Digitized by Google

ein Zahnrad, dessen Zwischenräume die Kügelchen aufgenommen haben. Wo die Sporen vollauf besetzt sind, ist es allerdings schwer, den schwarzen Mantel, selbst bei Immersionseinstellung, in Kügelchen aufzulösen. Das Bild verändert sich sofort, wenn die Sporen — zweckmäßig in einer Paraffinschicht — zwischen zwei Objektträgern stark gedrückt werden. Größere, kleinere und kleinste Kügelchen sind frei über das Gesichtsfeld verteilt, und neben noch gut erhaltenen Sporen gewahrt man Sporensplitter. Die Säurefestigkeit der Splitter war damals der Ausgangspunkt unserer schon zitierten Untersuchungen „über das Problem der Säurefestigkeit" gewesen. Zur Untersuchung auf Tuberkelbazillen war uns ein Sputum in einem Pillenglas zugegangen, in dem noch Reste des Lykopodiumsamens waren.

Von dem mit Lykopodiumsamen hergestellten Gleitpuder behaupten die Patienten, daß er ihnen zu stark stäube. Vom Standpunkt der Anhänger der Quecksilbereinatmungstheorie könnte darin kein besonderer Nachteil erblickt werden.

Am Schlusse unserer kleinen Abhandlung glaubten wir eine grundlegende Verbesserung der Quecksilberschmierkur erwarten zu dürfen, sobald die Chemie uns in den Besitz eines lipoidlöslichen, für unsere Zwecke geeigneten Quecksilberpräparates gesetzt hätte.

Wie wir von Giemsa erfahren, existieren bereits sehr viele organische lipoidlösliche Quecksilberverbindungen, von denen das Quecksilberdiphenyl $(C_6H_5)_2Hg$, eine völlig farblose kristallinische Substanz, dem Triphenylwismut chemisch am nächsten steht und vielleicht bei der Perkutanbehandlung Gutes leisten könnte. Allerdings müßte vorerst die Toxikologie dieses Präparates genau studiert werden. Auch lipoidlösliche Alkylquecksilberverbindungen, wie Quecksilbermethyl $(CH_3)_2Hg$, Quecksilberäthyl $(C_2H_5)_2Hg$ usw., deren Vertreter mit niedrigerem Kohlenstoffgehalt flüssig sind, seien bekannt. Ihre Toxizität sei jedoch sehr groß, so daß diese Verbindungen für die Behandlung der menschlichen Lues wohl kaum in Betracht kommen dürften. Versuche an Lueskaninchen mit einer Quecksilberdiphenylsalbe sind von Giemsa und uns begonnen worden.

Versammlungen.

Wiener Dermatologische Gesellschaft.

Sitzung vom 8. November 1923.

Vorsitzender: Arzt. Schriftführer: Planner.

Kantor: **Lichen planus verrucosus.** Bei dem Pat. besteht variköser Komplex mit einem kallösen Ulkus schon länger als ein Jahr, während der Lichen planus, der erst vor etwa 3 Monaten entstanden ist, keinen Zusammenhang mit diesem aufweist. Das histologische Bild zeigt mächtige hyperkeratotische Verbreiterungen der Epidermis mit Verplumpung der Retezapfen und unspezifischer lymphozytärer Infiltration im Korium.

Löwenfeld: **Leukoderma nach Sonnenbestrahlung eines seborrhoischen Ekzems.** Das Kind trägt am Halse und Nacken auf braungetönter Haut ein deutliches Leukoderma, das dadurch entstanden ist, daß das Kind während eines seborrhoischen Ekzems häufiger Sonnenbestrahlungen ausgesetzt worden ist. Während die normalen Hautpartien durch den Reiz des Sonnenlichtes zu einer vorübergehenden Hyperpigmentation angeregt wurden, blieben die Standorte der Ekzemherde als weiße Flecke ausgespart, sei es, weil diese als Lichtschutz wirkten, oder weil die krankhaft veränderten Hautstellen auf den Reiz zur Pigmentbildung nicht ansprachen. Der Fall ist in eine gewisse Parallele zu setzen mit jenen, die Stein (Pityriasis alba) und Arzt (Pityriasis versicolor) vorgestellt haben. Leukoderm nach Mikrosporie hat Buschke vorgestellt.

Löwenfeld: **Ekzematös-urtikarielle Sensibilisierung gegen Jothion.**

Nobl: **Kleinfleckige Alopezie.** 14jähriger Junge. Die überlinsengroßen, kahlen Stellen sind in dichter Einstreuung im Bereich des ganzen Kapillitiums zu verfolgen und verraten bei flüchtiger Betrachtung nicht den vorangegangenen Prozeß. Die kleinsten Herde sind als durch Druckatrophie bedingte Defekte der Kopfhaut anzusprechen, welche nach Favus zurückgeblieben sind. Eine ähnliche klein areolierte atrophische Alopezie gehört nicht zu den häufigen Residualveränderungen nach Favus.

Nobl: **Multiformes Erythem.** Die Effloreszenzen gemahnen an das klinische Bild des Granuloma anulare. Die überbohnengroßen elevierten, porzellanweißen, im Zentrum

Digitized by Google

eingesunkenen und von violetten Höfen umsäumten Effloreszenzen fühlen sich äußerst derb an. Sie sitzen in spärlichen Exemplaren an der Stirn, an den Wangen und Handrücken eines in der Entwicklung sehr zurückgebliebenen hypoplastischen Jungen von 14 Jahren. An der Streckfläche der Vorderarme ergänzen zugehörige, bis überkirschengroße, unscharf begrenzte, violettrote, mäßig elevierte, nodöse Herde das Krankheitsbild. Die tuberkulo-toxische Herkunft des Erythemschubes wird durch sonstige spezifische Veränderungen nahegelegt. An der vorderen Halsfläche Skrofulodermanarben mit unterschichteten Lymphomresten, hochgradige Akroasphyxie und Livedozeichnung an den Vorderarmen. Biologische Proben sind noch anzustellen.

Nobl: **Lupus-pernio-ähnliche Läsionsform der Ohren.** Es handelt sich um einen 18jähr. Studenten, bei dem vor drei Jahren angeblich im Anschluß an eine Erfrierung, seither in geringen Intensitäten schwankende Schwellungen der Ohrmuschel und Läppchen aufgetreten waren. Der Pat. wird seit 2 Jahren in Evidenz geführt. In dieser Beobachtungszeit war es niemals zu einer namhaften Exfoliation, geschweige denn zum Gewebszerfall gekommen. Man sieht die Ohrmuschel und -läppchen von meist konfluierenden, violetten, in die Tiefe reichenden Infiltrationsherden derber Konsistenz durchsetzt, deren Oberfläche stellenweise stecknadelkopfgroße und auch unregelmäßig auslaufende atrophische Einziehungen aufweist. Vor einem halben Jahr des öfteren wiederholter Pirquet fast negativ. Eine vor zwei Tagen vorgenommene Moro-Reaktion zeigt das bekannte Ansprechen der Haut in nur rudimentärer Form. Irgend welche Anhaltspunkte für Tuberkulose der inneren Organe sind nicht zu gewinnen. Besondere Beachtung verdient das histologische Bild. Abgesehen von nebensächlichen atrophischen Störungen im Bereiche des Epithels fällt ein großzelliges, in die Kutistiefe reichendes Infiltrat auf, das von mächtig erweiterten präformierten Gefäßen und reichlich neugebildeten vaskulären Sprossen umgeben, durchsetzt und unterschichtet wird. Auffällig erscheint in einzelnen Bezirken die scheinbare Rarefizierung im Gebiete der Infiltrationsherde, die in einem wabenartigen Charakter der großkernigen, polygonal konturierten Zellen ihren Ausdruck findet. Es sind das Einzelheiten, die besonders an Pappenheim-Präparaten (Immersion) in Erscheinung treten. Es ist offenbar eine lipoide Umwandlung des Zellprotoplasmas mit Schonung der Kerne (Lipoid, Mayozyten) zustande gekommen. Die an Formalinpräparaten angestellten Untersuchungen bedürfen der Ergänzung an einem weiteren für Lipoidfärbung geeigneten Testobjekt, was Pat. ermöglichen wird.

Reiner: **Lichen planus.** Beteiligung der Mundschleimhaut und des Genitales.

Reiner: **Gumma des Stirnbeins.** Behandlung mit Bismogenol, das sich als vorzügliches Heilmittel der Lues erweist.

E. Spitzer: **Leukoderma nach Pityriasis versicolor.**

E. Spitzer: **Lymphangitis syphilitica.**

E. Spitzer: **Lues serpiginosa.**

Rusch: **Granuloma anulare.** Die Frau zeigt auf der behaarten Kopfhaut einen Lupus erythematosus und am Rücken in einer zierlichen Kreislinie angeordnete Knötchen, die in ihrer Eruption vor einigen Monaten am ehesten an die Effloreszenzen des Lichen ruber planus erinnerten und gegenwärtig (Arsenmedikation) Abflachungserscheinungen zeigen. Histologische Untersuchung ergibt tuberkuloide Gewebe und zahlreiche nekrotische Herde im kollagenen Bindegewebe, Veränderungen, wie sie am ehesten dem Granuloma anulare entsprechen.

Perutz: **Partielles Ausbleiben eines luetischen Exanthems nach Thermophor.** Die 22jähr. Pat. erhielt wegen Gallenblasenerkrankung durch 3 Wochen Thermophor. Ein universell aufgetretenes papulöses Syphilid ließ scharf abgegrenzt diejenigen Stellen frei, die mit Hitze behandelt waren.

Brünauer: **Gußverbrennung, Toxikodermie.** Am linken Dorsum pedis des vorgestellten Pat. eine etwa fünfkronenstückgroße kreisrunde Gußverbrennung durch flüssiges Eisen. Vor einigen Tagen traten nun unter leichten Allgemeinerscheinungen teils erythematöse, teils knötchen- und bläschenförmige, teils urtikarielle Hautveränderungen am Rumpf, im Gesicht und auf den Extremitäten, und zwar hier besonders an der Streckseite derselben, auf. Ob diese auf ein medikamentöses Agens oder auf Resorption toxisch wirkender Stoffwechselprodukte zurückzuführen ist, bleibt dahingestellt.

Aussprache. **M. Oppenheim:** Die Gußverbrennungen sind typische Verbrennungen und kommen am häufigsten unter allen gewerblichen Verbrennungen vor (20%). Sie sind immer tief drittgradig und benötigen sehr lange Zeit zu ihrer Heilung; daher lange Arbeitsunfähigkeit.

Digitized by Google

Brünauer: **Gewerbliche Schädigung.** Die vorgestellte Pat. zeigt an den Nägeln aller Finger eine den freien Teil der Nägel einnehmende, intensiv dunkelbraune Verfärbung, ferner an der Beugeseite der Fingerendphalangen, an der Dorsalseite der Hände und an der Streckseite der Unterarme mehrere kreisrunde, scharfgezeichnete Ulzerationen, zum Teil noch von graubraunen, festhaftenden Schorfen gedeckt. Diese Veränderungen sind auf die Beschäftigung der Pat., die in einer Galvanisieranstalt mit Silber- und Zyankalilösungen vielfach in Berührung kommt, zurückzuführen. Ähnliche Erscheinungen wurden als Vogelaugen, Stieglitz, le pigeonneau, le perdrix, le rossignol vielfach geschildert, so auch von Neugebauer bei Arbeitern, die mit Kalk oder Metallen zu tun hatten, bei Gerbern, Bildhauern usw.; auch nach Sodaverätzungen entstehen ähnliche Bilder, wie Ehrmann, v. Zumbusch zeigen konnten. Riehl sah umschriebene Gangrän durch Kochsalzkristalle. Diese Verätzungen heilen mit Hinterlassung von Narben, die jenen von Tuberkuliden sehr ähneln, aber mehr sternförmig gezeichnet sind. Auch fehlt hier die bei den Tuberkuliden so oft zu beobachtende Pigmentierung der Umgebung.

Aussprache. M. Oppenheim: Die Vogelaugen-Verätzungsgeschwüre finden sich am häufigsten bei Gerbern und Vernicklern; sie sind hervorgerufen durch ungelöschten Kalk. Das Kalkkorn gelangt unter die dicke Epidermis und erzeugt hier horizontale Verätzungen, die oft zentimeterweit kreisrund die Epidermis unterwühlen. Die Epidermis zeigt in der Mitte einen runden, dunkeln Schorf, die ursprünglich primäre Verätzung, und um diese einen konzentrischen weißen Ring, nach dessen Abtragung ein oft kreuzergroßes Verätzungsgeschwür entsteht. Die Nägel der Pat. sind durch Zyankali braungefärbt; die Hyperidrosis hat dieselbe Ursache. Es besteht also eine Trias von Symptomen bei dieser Galvaniseurin.

Brünauer: **Dyskeratosis congenita palmaris et plantaris, Onychogryphosis cornua cutanea, Leucokeratosis mucosae oris, Schmelzdefekte der Zähne, Dystrophia congenita corneae utr.** Der 9jähr. Pat. zeigt außer den genannten Veränderungen auch Anomalien der Zahnstellung. Auffallend ist die bisher nicht beschriebene Kombination mit epithelialen Degenerationsprozessen an der Hornhaut beider Augen. Daselbst seit Geburt bestehende Trübung, die vom oberen und unteren Rand her sich sichelförmig gegen die Mitte vorschiebt. Diese Veränderungen sind nicht familiäre; Geschwister und Eltern sind gesund, Konsanguineität der Eltern ist nicht nachweisbar. (Erscheint ausführlich.)

Gruss: **Lichen ruber acuminatus universalis.** Ein 63jähr. Pat., der vor 6 Monaten erkrankte und derzeit das Bild einer allgemeinen Dermatitis mit Abschuppung und mächtigen, durch tiefe Ragaden zerklüfteten hyperkeratotischen Auflagerungen an Fußsohlen und Handtellern bietet. Die Diagnose wäre kaum zu stellen, wenn nicht an einzelnen sonst unveränderten Hautinseln an Brust und Rücken follikulär angeordnete Knötchen mit Hornkegeln im Zentrum erkennbar wären.

Fischl: **Hauttuberkulide bei Meerschweinchen.** Die hauttuberkulidähnlichen Bildungen traten 14—16 Tage nach der Injektion von zwei Teilstrichen einer Aufschwemmung von 1 Öse Tuberkelbazillen pro Kubikzentimeter phys. Kochsalzlösung in den linken Ventrikel auf. Eine Irritation der Haut (Rasieren, chemische Reizung) ist nicht nötig. Diese spezifischen Effloreszenzen sind präformiert, was durch Auszupfen der Haare an einer beliebigen Körperstelle gezeigt werden kann. Die Tuberkulinreaktion (Mantoux) tritt bereits nach 9—10 Tagen bei intrakardial infizierten Tieren auf, während kutan infizierte Tiere sie erst nach 17—18 Tagen zeigen. Diese frischen tuberkulidähnlichen Exantheme werden durch eine zu dieser Zeit vorgenommene Tuberkulininjektion am nächsten Tage wesentlich zahlreicher, röter, urtikarieller und sukkulenter (Herxheimer-Reaktion), was für ihre Spezifität spricht. Vor dem Eingehen des Tieres — 5—6 Wochen post infectionem — schwindet das spezifische Exanthem größtenteils.

Kumer: **Morphaea.** 35jähr. Frau mit zweihandtellergroßem typischem Herd an der rechten Rückenseite, seit einem halben Jahr bestehend.

Fuhs: **Morbus Darier.** 19jähr. Pat., bereits 1918 von Rusch und 1919 von Fischl h. o. demonstriert. Das Befallensein von Großvater, Vater und einer jüngeren Schwester weisen auf den dominant erblichen Charakter des Leidens hin. Die Schwester des Pat. wurde im Juni 1923 von Brünauer h. o. vorgestellt, über die ganze Familie am 13. Kongreß der Deutschen derm. Gesellschaft eingehend berichtet. Mit vornehmlicher Lokalisation an den typischen Stellen des seborrhoischen Ekzems finden sich zahlreiche, zumeist gruppierte stecknadelkopfgroße, derbe Knötchen von rötlicher bis schwarzbrauner Farbe. Sie lassen nach Abkratzen eines schmutzigen, weichen Hornpfropfens grübchenförmige Vertiefungen erkennen. Die Schleimhäute sind frei. Therapeutische Versuche

Digitized by Google

mit Kohlensäureschnee brachten ebenso wie Quarzlampenbestrahlungen nur vorübergehenden Erfolg. Desgleichen verlief eine zweimalige Röntgenbestrahlung resultatlos. Histologisch über dem komprimierten Str. Malpighi mächtige Hornpfröpfe, in den oberen Schichten des Rete, im Str. granulosum und vielfach auch noch zwischen den Hornlamellen die charakteristischen Corps ronds und Grains nachweisbar.

Fuhs: **Herpes tonsurans erythemato-squamosus bei einem Säugling.** 16 Tage alter Säugling mit mehreren kleinmünzengroßen, zentral leicht gelblich verfärbten, peripher intensiv roten und geschwollenen, schuppenden, leicht erhabenen Scheiben an Stirn, Augenlidern und Wangen. Mikroskopisch in den Schuppen vielfach sich überkreuzende, septierte, breite, geradlinig verlaufende Myzelfäden. Kultur von Schuppen auf Maltoseagar wegen Kürze der Zeit noch ausständig. Infektionsquelle unbekannt. Interessant und relativ selten ist die mykotische Affektion in so frühem Lebensalter.

Randak: **Pityriasis lichenoides.** 11jähr. Knabe mit reicher Aussaat papulöser und makulöser Effloreszenzen am Stamm und an den Extremitäten, wobei an den älteren überlinsengroßen, scheibenförmigen Herden nach Abhebung der sie in toto deckenden Schuppe eine zigarettenpapierartig gefältelte, scheinbar etwas eingesunkene Hautoberfläche zutage tritt. Hervorzuheben ist auch das Befallensein von Gesicht, Kapillitium und Skrotum. Die Schleimhäute, Handteller und Fußsohlen sind frei. Keine Drüsen. Die Affektion besteht seit 4 Wochen.

Arzt: **Xanthomatöse Veränderungen an den Handtellern und Ellenbogen.** 50jähr. Bahnbediensteter mit bis linsengroßen derben Knoten in der Gegend der beiden Ellenbogen, an den Handtellern und Beugeseiten der Finger. Histologisch herdweise Zellenanhäufung, oft auch in Strängen und Zügen mit wabigem Protoplasma. Im Gefrierschnitt massenhaft Lipoidzellen, mit Sudan III färbbar und Doppelbrechung aufweisend.

Arzt: **Maligner melanotischer Nävus in einer Narbe.** 47jähr. Bäuerin, im 3. Lebensjahr ausgedehnte Verbrennung am Oberschenkel. Derzeit besteht in einer mächtigen Narbe eine handflächengroße Ulzeration mit dunkel gefärbtem Grunde und wallartigem Rande. Faustgroße Drüsenschwellung in inguine. Histologisch (Projektion) maligner Pigmentnävus.

Sitzung vom 22. November 1923.

Vorsitzender: Fasal. Schriftführer: Planner.

Sachs: **Multiple Papillome auf Basis einer artifiziellen (gewerblichen) Dermatitis der Skrotalhaut.** Der 45jähr. Pat. ist seit 28 Jahren in einer Buchdruckerei mit dem Reinigen von Druckwalzen beschäftigt. Dabei wird als Waschmittel ein Gemisch von Petroleum, Benzol und Benzin verwendet. Außerdem wird Trichlorazetylen zum gleichen Zwecke benutzt. Ferner hat Pat. mit Anilin und Lackfarben sowie Druckerschwärze, Rußfarben und Maschinenöl zu tun. Vor zwei Jahren entwickelte sich auf der Skrotalhaut eine Dermatitis mit zahlreichen papillomatösen Exkreszenzen. Die Affektion geht mit starkem Juckreiz einher. Die histologische Untersuchung ergab eine chronische Dermatitis mit papillomatöser Wucherung, Bemerkenswert ist die spontane Rückbildung sämtlicher Papillome nach Exzision einer solchen Exkreszenz innerhalb zweier Wochen unter indifferenter Therapie.

Krüger: **Gewerbeekzeme.** a) 61jähr. Starkdrechsler mit schwersten ekzematösen Veränderungen des Gesichts, beider Handrücken und Unterarme. Die Ursache war ein neuer Anilinfarbstoff. Pat. arbeitet seit 45 Jahren in seinem Beruf und hatte bis jetzt noch keine Gewerbeschädigung seiner Haut. b) 45jähr. Zimmermann mit nässendem Ekzem des Körpers, Gesichts und beider oberen Extremitäten. Dieses Ekzem dürfte ausnahmsweise ein besonders frisches, harzreiches Bauholz verursacht haben.

Krüger: **Morbus Recklinghausen.** 23jähr. Pat. mit typischen Veränderungen. Kopfgroßer Tumor über dem linken Glutäus. Röntgendurchleuchtung des Schädels negativ.

M. Oppenheim: **Hypertrichose nach intramuskulärer Quecksilberinjektion.** Es ist derselbe Fall, der in der letzten Sitzung vorgestellt wurde und bei dem nach einer Salizylquecksilberinjektion unter Schmerzen und Schwellung eine blitzfigurähnliche Hautveränderung aufgetreten ist. Heute ist die Schwellung geringer, die dendritische Figur undeutlicher. Es hat sich aber in den 14 Tagen eine halbseitige Hypertrichose entwickelt, die bandförmig von der Wirbelsäule zwischen letztem Lenden- und erstem Kreuzbeinwirbel im Bogen die geschwollene Gesäßbacke umgibt und etwa in der Breite

Digitized by Google

zweier Finger an der Crista ossis ilei endet. Die bei der ersten Vorstellung herangezogene neurogene Ätiologie der Hautveränderung gewinnt damit noch größere Wahrscheinlichkeit, da nach Nervenläsionen (Fischer, Dieffenbacher) Hypertrichosis beobachtet wurde.

M. Oppenheim: **Syphilis oder Tuberkulid?** 10jähr. Mädchen. An der Außenseite der Mitte des rechten Oberschenkels ein etwa 3 cm breiter und 1 cm langer Streifen, der aus isolierten und konfluierten, braunroten glänzenden, polygonalen, stellenweise mit festhaftenden Schüppchen bedeckten Papeln besteht, die auf Glasdruck fast vollständig schwinden. Infiltration kaum fühlbar. Seit 2 Monaten bestehend. Keine subjektiven Symptome. Sonst Haut und Schleimhaut frei. Pirquet, WR negativ. Biopsie läßt Lichen planus ausschließen. Dichte Zellinfiltrate in den Papillen, im Subpapillarkörper, Parakeratose, keine Zunahme des Stratum-granulosum-Schichte. In der Kutis und Subkutis scharf abgesetzte Zellinfiltrate um Gefäße und Drüsen. Die Infiltrate bestehen zum größten Teile aus Plasmazellen, spärlichen Rundzellen, besonders oberflächlich, und wenigen Mastzellen. In den tieferen Infiltraten vereinzelt Riesenzellen. Tuberkulose oder Syphilis?

Aussprache. Nobl bemerkt, daß aus dem Dilemma über die Zugehörigkeit der scheinbar systemisierten, flachen Knötchenbestände am rechten Oberschenkel des Kindes auch die Gewebsprüfung nicht herauszuführen vermag. Der Plasmazellenreichtum der Effloreszenzen könnte mehr im Sinne von Syphilis verwendet werden. Der negative Ausfall der WR widerlegt keineswegs diese Auffassung. Nobl möchte besonders auf den für Heredosyphilis sprechenden Habitus der Kleinen aufmerksam machen (Sattelnase, olympische Stirn, allgemeine Entwicklungshemmung, Anämie), ohne jedoch hieraus die ätiologische Natur der papulösen Aussaat ableiten zu wollen.

Schlußwort. Oppenheim: Ich glaube nicht, daß man sich hier für Syphilis hereditaria mit Sicherheit aussprechen kann. Es besteht kein sicheres Zeichen für Heredität, WR ist negativ, ein jüngerer Bruder ist völlig gesund. Die Diagnose wird wohl durch das Ergebnis einer antisyphilitischen Behandlung sichergestellt werden können.

Perutz: **Molluscum contagiosum am Hals.**

Wolf: **Ichthyosis.** Die 4- und 3jähr. Geschwister zeigen an der Streckfläche der oberen und unteren Extremitäten eine ichthyotische Haut. Bei der jüngeren kam es nur infolge des Tragens von nicht gewaschenen neuen wollenen Strümpfen zu einer mit entzündlichen Erscheinungen verbundenen stärkeren follikulären Hyperkeratose der Unterschenkel, die sich bis zur Grenze der Strümpfe an beiden Oberschenkeln erstreckt.

Kantor: **Papulonekrotische Tuberkulide.** Pat. weist zahlreiche zum Teil pigmentierte, zum Teil depigmentierte Narben an den oberen und unteren Extremitäten und am Stamm auf, welche nach ihrem Aussehen und ihrer Lokalisation die Diagnose eines abgelaufenen papulonekrotischen Tuberkulides rechtfertigen. Da aber jetzt und bei den früheren Krankheitsausbrüchen (die Krankheit besteht seit 5 Jahren) ein starker Juckreiz im Vordergrund des Krankheitsbildes stand, so könnte man auch an eine Urticaria necroticans denken.

Löwenfeld: **Acrodermatitis atrophicans.** 57jähr. Frau. Typische Erkrankung an beiden unteren Extremitäten mit plattenförmigen fibrösen Verdichtungen. Röntgenologisch keine Knochenveränderungen nachweisbar.

Nobl: **Angiokeratomähnliches Tuberkulid.** 24jähr. kyphoskoliotischer Friseurgehilfe. Der seit Jahresfrist bestehende Prozeß hat ausschließlich den linken Handrücken befallen. Es zeigen sich hier wie auch an den Streckseiten der Finger überhanfkorngroße, blauschwarz verfärbte, mäßig derbe, von keratotischen Oberhautlagen überkleidete, meist einzelstehende Knötchenbestände. An Händen und Füßen Akrozyanose. Lungenbefund negativ. Die Kürze der Beobachtungszeit hat die bioptische Untersuchung bisher unmöglich gemacht. Moro stark positiv.

Nobl: **Fersenkarzinom mit tuberöser Elefantiasis.** Die 58jähr. Pat. gibt an, vor 20 Jahren an der rechten Ferse einen Hautsprung erlitten zu haben, der seither nicht mehr ausheilte. Seit Jahren sei an dieser Stelle ein Geschwür aufgetreten, das bis vor 2 Jahren talergroß, seither rapid an Umfang zugenommen habe. Die rechte Ferse ist unter Einbeziehung der angrenzenden Sohlen- und inneren Fußrandbezirke von einem übermannsfaustgroßen, fein granulierenden, mäßig sezernierenden Geschwür eingenommen. Mächtig erhabene kallose Randsegmente setzen sich namentlich an der Sohle in netzförmig verzweigte, erhabene, glänzende, bis überstricknadeldicke Stränge fort. Am Fußrücken und Unterschenkel, im Bereiche diffus elefantiastischen, glatten Terrains bis pflaumengroße tuberöse, diskret stehende und zu Gruppen zusammentretende,

Digitized by Google

oberflächlich fein verruköse fibröse Herde. Randständige Ulkussegmente zeigten bei den ersten histologischen Untersuchungen nur einfach entzündliche bzw. hyperplastische Veränderungen des Epithels und der Kutis. Erst nach wiederholten Gewebsaushebungen ergaben sich, wie die demonstrierten Präparate zeigen, eindeutige Anhaltspunkte für die karzinomatöse Natur der Geschwüre. Beachtenswert erscheint, daß nicht nur die fibrösen Knoten der Umgebung, sondern auch die elevierten Fußsohlenleisten nur die Komponenten des elefantiastischen Zustandes aufwiesen. (Demonstration der Schnitte.)

Nobl: **Kombinierter Nävus der Lendengegend.** Der in einer Nervenheilanstalt wegen Kopfschmerzen und Erbrechen in Behandlung stehende anämische, im übrigen gut entwickelte 14jähr. Knabe zeigt in der Lendengegend einen überkindsfaustgroßen ovalen, mit der Mitte in die Flucht der Dornfortsätze fallenden Herd, der eine abnorme Konfiguration der Komponenten darbietet. Auffällig ist zunächst eine zentrale Scheibe mit mächtigen, komisch zugespitzten, stachelig über das Hautniveau erhabenen follikulären Pfröpfen, die als follikuläre Keratome anzusprechen sind. Die hautfarbenen Hornkeile haben zu mächtiger Dehnung der Follikel geführt, sie präsentieren sich als überzündholzkopfgroße, äußerst derbe Gebilde. Neben diesen Follikularläsionen sind zierlich in exzentrischen Ringen angeordnete flache, zentral gedellte, derbe, in der Färbung von der Umgebung kaum abweichende Gebilde in Hanfkorngröße auffällig, die gleichfalls dem Follikularapparat angehören. In diesen Teilerscheinungen fehlt das zentrale Keratom, dagegen wird die Follikularlichtung von einer dünnen Epithellage überbrückt. Weiterhin ist namentlich der untere Teil der Mißbildung als sackförmige Anetodermie hellrötlich-violetter Färbung anzusprechen, dem alle Charaktere eigen sind, welche bei den molluskiformen Varianten der Recklinghausenschen Dystrophie anzutreffen sind (extreme Hautverdünnung, rarefiziertes, herniös vorgestülptes, sich flaumig anfühlendes Subkutangewebe). Das Skelett zeigte keine Abweichungen von der Norm. Im histologischen Bilde finden sich um die follikulären Keratome entzündliche Infiltrationszonen und außerdem in zahlreicher Einstreuung Haarrudimente mit verkümmerten Talgdrüsenanhängen, neben mächtig entwickelten Schweißdrüsen. Das subkutane Zellgewebe hat zellreichen, feinfaserigen embryonalen Charakter.

Hellmann: **Primäraffekt der Gingiva** mit tumorartiger Anschwellung im Epipharynx, die laryngologischerseits als konsekutive Drüsenschwellung gedeutet wird.

Volk: **Lupus erythematodes disseminatus.**

E. Spitzer: **Kleinpustulöse Dermatitis.** Entstanden nach Einreibung eines Fluids gegen Rheumatismus.

Stein: **Pseudopelade (Brocq).**

Sussmann: **Sklerodermie.**

Kumer: **Strichförmiger Nävus.** 27jähr. Pat. In der linken Schläfengegend in strichförmiger Anordnung linsengroße Pigmentationen.

Fuhs: **Sklerodermie und Sklerodaktylie.** 3 Patientinnen. Zur Behandlung der Sklerodaktylie ist in der letzten Zeit die periarterielle Sympathektomie nach Leriche-Brünning empfohlen und bei manchen Fällen unter anderen von Horn, Foster mit günstigem Erfolge angewendet worden. Sie bezweckt Ausschaltung des peripheren Sympathikusreizungszustandes an den Gefäßen und dadurch Behebung bzw. zumindest Besserung des Raynaudschen Symptomenkomplexes, zum Teil auch der wahrscheinlich mit Sympathikusveränderungen im Zusammenhang stehenden sklerodermatischen Prozesse. Bei der einen Pat. wurde versuchsweise an der rechten Arteria brachialis in einer Ausdehnung von 8 cm die Adventitia samt den darin verlaufenden sympathischen Fasern reseziert. Pat. zeigt derzeit, 5 Monate nach dem operativen Eingriff, im Bereiche der sklerodaktylischen Veränderungen an der rechten Hand zwar keinen stark ausgesprochenen, aber einen immerhin deutlichen Rückgang der subjektiven und objektiven Symptome. Abgesehen von einem Abklingen der Parästhesien und Schmerzen sind auch objektiv bessere Durchblutung, höhere Temperatur, größere Weichheit der Haut und eine verbesserte Funktion an der rechten Hand wahrnehmbar. Über die Zweckmäßigkeit einer ausgedehnteren therapeutischen Anwendung des Leriche-Brünningschen Verfahrens bei Sklerodaktylie könnte erst eine größere Anzahl durch längere Zeit beobachteter Fälle entscheiden.

Arzt: **Sarcoma idiopathicum Kaposi.** 74jähr. Mann mit blauroten, teilweise stark abgeflachten Knoten an den unteren Extremitäten und ebensolchen Veränderungen an den Dorsalflächen der rechten Hand. Einzelne bis kirschkerngroße Effloreszenzen an beiden Ohrmuscheln. Histologisch (Projektion) zahlreiche kleinste Gefäßlumina und kavernöse Bluträume mit charakteristischem Zwischengewebe (glatte Muskulatur Sternberg).

Digitized by Google

Aussprache: Nobl hat den Pat. durch zwei Jahre in Evidenz gehalten; während dieser Zeit waren keine neuen Tumoren aufgetreten, auffällig war schon damals (es sind dies etwa vier Jahre her) die bedeutende Kachexie. Es bestanden hydrämische Bein- und Fußödeme, hochgradige Anämie und allgemeines Schwächegefühl. Überdies traten auch ab und zu in unregelmäßiger Einstreuung Hautblutungen an sonst normalen Stellen auf. Nobl konnte nie den Eindruck gewinnen, daß die Therapie (Röntgen, Arsen) den Ablauf des Prozesses zu beeinflussen imstande war. Bezüglich der Stellung der von ihm an mehreren Fällen des genaueren verfolgten Leidens im System der Pathologie möchte Nobl am ehesten der Ansicht Sternbergs beipflichten, daß es sich bei der Läsionsform um Fehlbildungen im Sinne E. Albrechts (Hamartome) handelt, um Wucherformen glatter Muskelelemente angiomatöser Entartung von Blut- und Lymphbahnen.

Sitzung vom 6. Dezember 1923.

Vorsitzender: Fasal. Schriftführer: Planner.

Krüger: **Pemphigus vulgaris chronicus.** 62jähr. Pat. hat als Symptome ihres seit 4 Jahren bestehenden Pemphigus derzeit bloß heller- bis bohnengroße Blasen über beiden Handrücken. Ähnlichkeit des klinischen Bildes mit Erythema multiforme.

Krüger: **Sklerosis in monte veneris bei einem seborrhoischen Ekzem.** Pat. zeigt neben schweren seborrhoischen Veränderungen des ganzen Körpers und besonders am Mons Veneris an letztgenannter Stelle eine typische Sklerose. Die ganze Hautpartie daselbst diffus braunrot gefärbt und derb infiltriert, an ein indurativ es Ödem erinnernd. In der nächsten Umgebung einige Papeln.

Krüger: **Ulzeröse Lues.** Die 29jähr. Pat. zeigt an beiden Augenlidern, an Hals und Rücken Rupiaeffloreszenzen und außerdem ausgedehnte Papeln an beiden Tonsillen und Gaumenbogen. Die Sklerose dürfte an der rechten Tonsille gesessen sein.

Sachs: **Erythrodermie pityriasique en plaques disséminées (Brocq).** Der 35jähr., gesund aussehende Mann zeigt an beiden unteren, weniger an beiden oberen Extremitäten ovale und streifenförmige, rötlichgelbe, scharf abgegrenzte Herde mit kleienförmiger Schuppung. Das Hautrelief tritt deutlich hervor. An einzelnen Herden sieht man schon makroskopisch deutlicher bei leichter Kompression punktförmige Hämorrhagien. Behaarter Kopf, Hals und Stamm sind frei. Die Affektion geht ohne Juckreiz einher, besteht seit zwei Jahren, verschwindet oder blaßt im Sommer ab, um im Herbst wieder aufzutreten. Differentialdiagnostisch kommt Psoriasis vulgaris, seborrhoisches Ekzem, prämykotisches oder mykotisches Ekzem, Lepra und schließlich Purpura annularis Majocchi in Betracht. Im Vordergrunde des Krankheitsbildes steht die herdförmige Ausbreitung der ovalen und streifenförmigen Plaques und die kleienförmige Schuppung, so daß trotz der spärlichen punktförmigen Hämorrhagien die Diagnose auf Erythrodermie pityriasique en plaques disséminées gestellt werden muß.

Wolf: **Psoriasis guttata.** 12jähr. Mädchen. Typisches Krankheitsbild. Die Effloreszenzen an den Handrücken imponierten anfangs als juvenile Warzen.

Löwenfeld: **Leukoderma nach seborrhoischem Ekzem.** Pat., die sich im Sommer häufig Sonnenbädern aussetzte, zeigt am Nacken und den Oberarmen in sonst dunkel pigmentierter Haut weiße Flecken. Der Rest einer seborrhoischen Ekzemplaque am rechten Oberarm bestätigt die Annahme, daß damals vorhandene analoge Ekzemplaques als Lichtschutz für die jetzt ausgesparten Stellen fungiert haben.

Löwenfeld: **Disseminierte Lupusherde mit Beteiligung der Kopfhaut.** Der 33jähr. Pat. weist am linken Knie einen verrukösen, seit dem 8. Lebensjahre bestehenden Lupusherd auf. In den letzten Jahren bildete sich auf dem linken Scheitel eine überfaustgroße Plaque von exsudativer, zeitweise ulzeröser Beschaffenheit. Analoge kleine Herde retroaurikulär am Kinn und disseminiert über Stamm und Extremitäten. Bemerkenswert ist die verschiedene Beschaffenheit der Herde und die seltene Lokalisation am behaarten Kopf. Lungenbefund: Benigne Apizitis beiderseits. Mororeaktion stark positiv.

Nobl: **Syringozystadenom.** Die 28jähr. Kranke bemerkt seit vielen Jahren das Aufschießen hirse- und hanfkorngroßer Knötchen an den unteren Augenlidern und Wangen. Wiederholte Bindehautkatarrhe erheischen augenärztliche Intervention. Auch gegenwärtig steht sie mit Bindehautreizung in Behandlung. Die Gesichtseruption läßt schon dem klinischen Gepräge nach die Natur der kleinsten Knötchenbestände vermuten. Weniger sicher erscheint die Zugehörigkeit singulär in die Brusthaut eingestreuter, an der Oberfläche erythematös verfärbter, überhanfkorngroßer Blüten, die akneähnliches

Digitized by Google

Aussehen zeigen. Beachtenswert ist, daß gerade diese für banale Effloreszenzen imponierenden Elemente — wie die projizierten Präparate es zeigen — die klassische Struktur des Syringozystadenoms darbieten, während die klinisch leichter erkenntlichen Exanthemkomponenten nur minder charakteristischen Gewebsbau aufweisen. Eine bisher kaum beachtete Teilerscheinung des Prozesses scheint die Einbeziehung der Konjunktiven in die Veränderung zu sein. In Größe, Gestalt und Oberflächenbeschaffenheit den Hauteffloreszenzen völlig analoge Knötchen sind an dem Konjunktivalbezuge der unteren Augenlider und auch an der konjunktivalen Übergangsfalte zu gewahren. Es erübrigt sich noch die histologische Verifizierung, welche sich die Okulisten vorbehalten.

Nobl: **Epitheliom.** Es handelt sich um denselben Kranken, den N. in der ersten Herbstsitzung zu demonstrieren Gelegenheit hatte. Seither wiederholt vorgenommene Exzisionen aus den periphersten ekzematoiden und zentralen ulzerierten wie auch in Vernarbung begriffenen Herden geben ein Epitheliom. Allerorten alternieren (namentlich am ekzemähnlichen äußeren Saum) mit metaplastischen, aus der Fügung des Deckepithels geratenen Zellkomplexen und entzündlichen, mehr und minder dichten Reaktionszonen, typische, in das oberflächliche Korium verlagerte Epitheliomnester. Solche sieht man vielfach unter narbig ausgeglichenen Oberflächenstrecken weiterkriechen und an entfernteren Stellen wieder zutage treten.

Nobl: **Seborrhoischer Ekzemplaque ähnelndes Epitheliom.** Die 45jähr. Frau wurde von N. bereits vor $1^1/_2$ Jahren demonstriert. Zwischen den Schulterblättern sieht man einen überpflaumengroßen geröteten, am Rande feinkrustös belegten, sich zart und weich anfühlenden Herd. Das histologische Präparat gibt alle typischen Anzeichen eines zur vollen Entwicklung gelangten superfiziellen Hautkrebses wieder, wie solche der Pagetschen Dermatose älteren Bestandes entsprechen.

Nobl: **Ein Fall zur Diagnose.** Die Veränderungen betreffen einen 17jähr., vor 4 Wochen demonetrierten Gymnasiasten mit einem die Ohrmuscheln befallenden Lupuserythematoides-ähnlichen Prozeß, der im anatomischen Substrat und in den biologischen Reaktionen jedoch keinerlei Anhaltspunkte für Tuberkulose darbot. Im Gewebsbild fiel die dichte Anordnung von Lipoid-Phagozyten in einem Infiltrate mit mächtig erweiterten Gefäßverzweigungen auf. Es wurde damals die Möglichkeit einer nodulären xanthomatösen Affektion ventiliert (Finger, Arzt). Die projizierten, aus neuem Exzisionsmaterial gewonnenen Schnitte (Sudanfärbung) zeigen wohl einen großen Lipoidgehalt der Infiltrationszellen, können jedoch nicht im Sinne einer Xanthomatose verwertet werden. Auch ist der Cholesterinspiegel des Blutes nicht in einer Weise erhöht, daß man von einer Cholesterinämie sprechen könnte. Doppelbrechung ist in den Schnitten nicht nachweisbar. Nach wie vor ist eine endgültige Einreihung des Falles an der Hand der klinisch-anatomischen Bestimmung nicht befriedigend zu bewerkstelligen.

Urbach: **Fixes Chininexanthem.** 34jähr. palästinensische Landarbeiterin, die zur Prophylaxe Chinin stets ohne Beschwerden nahm, erkrankte 1914 (und 1920 ein zweites Mal) an einer schweren, einige Monate dauernden Phlegmone der ganzen linken unteren Extremität. Etwa 1 Monat nach der zweiten Erkrankung nahm die Kranke, die in der letzten Zeit kein Chinin genommen hatte, 0,25 g Chinin. sulf. In der Nacht entwickelten sich unter heftigem Juckreiz über der Haut des Malleolus int. des linken Beines handtellergroße Blasen, während die Haut des Unter- und Oberschenkels scharlachrot gefärbt und mit kleinen weißen Bläschen bedeckt war. 1921 auf neuerliche Chininmedikation das gleiche Krankheitsbild. 1922 lange währende Phlegmone des linken Beines, um derentwillen Pat. nach Wien kommt. Nach Ausheilung derselben a. O. bekommt die Kranke von uns 0,25 g Chinin nur zweimal innerhalb 2 Monate und zeigte jedesmal im Bereiche des linken Fußrückens, der Beugeseite des Unterschenkels und vor allem an der Streck- und Außenseite des Oberschenkels unscharf begrenzte, hellrote, stark juckende, mit Schuppenbildung abheilende Flecke, die beidemal genau an den gleichen Stellen auftraten. Das Eigenartige an diesem Falle ist, daß das Chininexanthem nur im Bereiche des schwer geschädigten linken Beines auftritt.

Ullmann: **Toxikodermie durch Paraphenylendiamin.** 21jähr. Mann, früher niemals hautkrank, zeigt eine streifenförmig angeordnete Anzahl von frischen oder im Vertrocknen befindlichen Bläschen auf der linken Wange, welche durch Abtragen von australischen Pelzwaren, insbesondere Opossumfellen, entstanden sind. Es handelt sich um eine Toxikodermie, wahrscheinlich hervorgerufen durch das oft für Pelzwaren verwendete Farbstoffmittel Paraphenylendiamin aus der Gruppe der Anilinfarbstoffe, bereits von Blaschko, Rambousek, Fordyce und Stelwagon als häufigstes schädliches Agens in der Pelzindustrie gewürdigt. Paraphenylendiamin wird auch als Haarfärbungsmittel be-

Digitized by Google

nutzt, und auch dort führt es zu Hautreizungen, worauf Stelwagon und Fordyce ebenfalls aufmerksam machten. Eine andere zweite Schädlichkeitsgruppe in der Pelzindustrie bei der Konservierung von Pelzen, bei der Ausstopfung von Tierbälgen, bezieht sich auf Arsen. Arsen bewirkt lokal appliziert auch vesikulöse, ekzematöse und besonders ulzeröse Veränderungen.

Kumer: **Lupus vulgaris disseminatus.** 6jähr. Mädchen, Mai Masern, im Anschluß daran multiple disseminierte Herde bis zu Linsengröße, vor allem an den Streckseiten der Extremitäten, in geringer Anzahl im Gesicht und am Stamm, die alle Charakteristika eines Lupus vulgaris aufweisen. Einzelne zeigen an der Oberfläche verruköse Veränderungen. Am rechten Arm ein Skrofuloderma.

Randak: **Aktinomykose.** Der 24jähr. Landarbeiter erkrankte vor 7 Monaten zunächst mit Erscheinungen einer linksseitigen Apizitis und Pleuritis. Bald Infiltratbildung im Bereiche der linken vorderen Thoraxwand, Erweichung und Perforation nach außen. Derzeit die Haut der linken vorderen Thoraxhälfte zwischen 2. und 6. Rippe derb infiltriert und von braunroten, außerordentlich matschen Granulationen durchsetzt, die über das Niveau der umgebenden Haut, stellenweise pilzartig wuchernd, hervorragen und Fisteln führen, aus denen sich dünnflüssiger, zahlreiche Drüsen enthaltender Eiter entleert. Röntgenologisch bloß Verschleierung der linken Spitze und eine drei Querfinger hohe Verdichtung an der Basis.

Ehrmann: **Lupus follicularis disseminatus (Tilbury Fox).** Außer den typischen Erscheinungen im Gesicht zeigt der Pat. noch folgende bemerkenswerte Veränderungen: 1. makulo-papulöse Effloreszenzen auf beiden Handrücken, die bei Druck ganz flache, gelbbräunliche Knötchen erkennen lassen; 2. hatte der Pat. auf der behaarten Kopfhaut Knötchen mit Krustenbildung, die eine gewisse Ähnlichkeit mit syphilitischen Papeln hatten. Sie heilten spontan und es blieben kleine haarlose, flach deprimierte Stellen zurück. Die histologische Untersuchung einer Effloreszenz von der Hand zeigte den typischen Bau: scharf abgegrenzte, rundliche Herde von Epitheloidzellen, sehr spärliche, peripher gelegene Riesenzellen, wenig Lymphozyten an der Peripherie, spärliche kleine zentrale Verkäsungsherde.

Aussprache. Nobl erinnert an einen in der ersten Herbstsitzung von Wolf demonstrierten, histologisch beglaubigten Fall von Lupus follicularis disseminatus faciei bei einem Mädchen, der mit der Gesichtseruption dieses Kranken völlig übereinstimmt. Die violett verfärbten, kaum erhöhten Handrückenflecke dieses jungen Mannes würden nach dem klinischen Verhalten allein kaum die morphologische Zugehörigkeit vermuten lassen. Ganz aus dem Rahmen des Krankheitsbildes fällt die areolierte Alopezie der Kopfhaut. Diese läßt doch noch eine ergänzende serologische Prüfung angezeigt erscheinen.

Ehrmann: **Flaches ekzematoides Epitheliom.** Die Affektion besteht an der Bauchseite seit 20 Jahren in Form eines einzigen, scharf begrenzten ovalen Herdes, der leicht eleviert und von graubräunlicher Farbe ist. Dünne spärliche Schuppung und Exkoriationen. Die Pat. selbst ist nicht erschienen. Histologisch: Von mehreren Punkten ausgehende Entwicklung eines Basalzellenkarzinoms, das noch nicht über das Stratum subpapillare vorgedrungen ist. Parakeratose und Hyperkeratose. Leukozyten- und Plasmazelleninfiltration zwischen und unter den Epitheliomknospen. E. erörtert den Unterschied zwischen Bowenscher Erkrankung, Ulcus rodens, bzw. „pagetoidem" Epitheliom und echter Paget's disease. Unter letzterem versteht er wesentlich nur die chronisch ekzematoide Erkrankung der Mamilla, die ursprünglich von Paget beschrieben worden ist, und teilt mit, daß nach seiner Erfahrung sich an diese immer ein tief sitzendes Karzinom der Mamma anschließt, daß aber die Zeit zwischen beiden eine ziemlich lange sein kann. E. zitiert aus seiner Erfahrung 4 Fälle dieser Art. Die Differentialdiagnose zwischen Bowenscher präkanzeröser Dermatose, dem vorgestellten und den diesem entsprechenden Fällen läßt sich nur auf Grund der histologischen Untersuchung stellen. Bei der Bowenschen Erkrankung Dyskeratose, Corps ronds, geschichtete Epithelkugeln und nicht unterbrochenes Stratum spinosum. Bei der Pagetschen Erkrankung Akantholyse, die Zellen des Stratum Malpighii auseinandergeworfen, intra- und extrazelluläres Ödem. Hydrops der Kerne, Bildung großer Kerne.

Aussprache. Kyrle hält den von Ehrmann demonstrierten Fall für ein typisches Ulcus rodens, wofür ja auch der histologische Befund des Basalzellenkarzinoms spricht. Pagets Erkrankung und Bowensche mochte Kyrle nicht in diesem Zusammenhange nennen. Die Bezeichnung „Pagetoides Epitheliom" hält er für unglücklich. Für ihn ist Paget ein streng umschriebener Krankheitsbegriff, der keinerlei Erweiterungen erfahren soll. Kyrle spricht von Paget nur bei Lokalisation des Affektes an der Mamilla

Digitized by Google

und glaubt, daß schon durch die von manchen Autoren den Paget-Erkrankungen zugerechneten Fälle mit anderer Lokalisation der ursprünglichen Definition ein gewisser Eintrag getan wird. Die Bezeichnung „Pagetoid" könnte nur zu Verwirrung Anlaß geben und das klinisch gut bekannte und umschriebene Krankheitsbild der Paget's disease stören.

Nobl bedauert mit Ehrmann das Nichterscheinen der Pat. Es wäre sehr lehrreich gewesen, das klinische Bild mit dem Gewebsbefund vergleichen zu können. Es ist ja nach den Angaben E.s zweifellos, daß die Erscheinungen bei der Frau das ekzematoide Aussehen beginnender Paget-Form darbietet, während der demonstrierte Schnitt als klassisches Beispiel eines oberflächlichen multizentrischen Epithelioms zu gelten hat. Es würde von instruktivem Werte sein, E.s Auffassung über das Verhältnis der Paget-schen Krankheit zu der in letzter Zeit namentlich von englischen und amerikanischen Autoren hervorgehobenen Type Bowens zu hören. Wir auf dem Boden der nüchternen pathologisch-anatomischen Prüfung stehenden kontinentalen Dermatologen haben immer gelernt, die Charaktere des Paget-Krebses in beginnenden Umbauformen des Basalepithels zu erblicken (Blähung, Auseinanderdrängung, Sprossung, poliferatives Vordringen der Retezellen, bei nicht aufgehobenem Zusammenhang mit der Decklage), wobei auch schon weiter fortgeschrittene metaplastische Reizformen angetroffen werden können, zumal wenn ähnliche Läsionsformen — deren Standort keineswegs an die Brustwarze geknüpft erscheint — (N. demonstrierte Paget-Formen der Stirn, des Rückens und der Retroaurikulärgegend) während ihres gutartigen, langsamen Entwicklungsganges wiederholt bioptisch kontrolliert werden. Inwieweit sich nun die nach Bowen apostrophierte Läsionsart von initialen Paget-Ausbrüchen unterscheiden läßt, ist Nobl nicht begreiflich. Das nach diesem Beobachter definierte Krankheitsbild ist ihm niemals zu Gesicht gekommen. Es wäre denn als die den präkanzerösen Zuständen zugestellte ekzemähnliche benigne, oberflächliche Epitheliomart, welche eben als Paget disease geläufig ist. Daß die Auffassung dieser Neoplasie als präkanzeröse Dermatose als fälschlich zu bezeichnen ist, bedarf hier nicht der näheren Erörterung. Denn die Bereitschaft des Oberflächenepithels zur malignen Proliferation können wir vorläufig nicht einwandfrei histologisch erhärten. Was wir sehen, bildet schon palpable Ansätze zur Neoplasie.

Kren spricht sich dagegen aus, die Diagnose der Pagets disease mit dem Sitz der Erkrankung an der Brustwarze in innigen Zusammenhang zu bringen, da es nach Krens Beobachtungen feststeht, daß die genannte Erkrankung auch ad genitale und ad anum sich lokalisiert.

Ullmann: Sowohl Pagets Disease als Bowens Praecancerous disease sind seinerzeit 1874 und 1912 von ihren Autoren nur als klinische Typen beschrieben worden. Was seither von Darier 1890 und 1920 und mehreren anderen Autoren beschrieben und zuletzt von Darier als Dyskeratose bezeichnet wurde, sowie die verschiedenen klinischen Variationen, ist alles nicht imstande, unsere Auffassung über diese beiden Affektionen wesentlich zu ändern und völlig zu klären. Das scharfe Umschriebensein einer wohl ekzemähnlichen, aber dem Ekzem sonst durchaus nicht gleichenden Affektion der Brustwarze und Umgebung, welche aber ausnahmslos in Krebsform übergeht, mit der Tendenz, in die Tiefe zu gehen und zu metastasieren, charakterisiert nach wie vor die Pagets Disease. Ich erinnere hier an Ihnen vielleicht bekannte Referate über Arbeiten der letzten Zeit im Zentralblatt für Dermatologie. Alson Kilgore-San Francisco (Arch. of Surg., Bd. 3, H. 2), der allein an 500 Brustkrebsen im S. Lucas Hospital die Histologie dieses Leidens studiert hat, fand nur in einem einzigen Falle das Zeitfolgeverhältnis zwischen Ekzem und Krebs derart, daß der Brustkrebs lange vor Ausbruch des Ekzems bestand, also exzeptionell selten gegenüber dem normalen Verhältnis, bei dem das chronische Ekzem direkt in den Krebs übergeht. Die heute hier gestreifte Frage über das Verhältnis des Ausgangspunktes vom Oberflächen- oder Milchgangepithel, übrigens schon von Paget berührt, ist bis heute unentschieden geblieben, wie ja Arzt hervorhob. Aber sichergestellt ist doch, daß die Dyskeratose der Haut auch solchen angeblich primären Milchgangkarzinomen vorausgeht, zumindest mit letzteren konkomitiert, ein Gegensatz zu dem echten Brustdrüsenkrebs. Die Dyskeratose von Bowen disease führt wohl ausschließlich zu mehr gutartigen Basalzellenkrebsen, ist aber in ihrem Anfangsstadium klinisch noch viel zuwenig beschrieben und definiert, besser dagegen in histologischer Richtung durch Rasch, Boas, Darier und Max Jessner gekennzeichnet.

Nobl: Daß die klinischen Erscheinungen exsudativer ekzemähnlicher Natur als Teilphänomene des Hautkrebses, besonders des hier meist in Frage kommenden Basalzellenkrebses, den wesentlichen Gewebsvorgang verschleiern können, ist zur Genüge be-

Digitized by Google

kannt und findet im ekzemähnlichen flachen Brusthautkrebs (Paget) den wirksamsten Beleg. Das Zutreffen dieser Verhältnisse zeigen auch die demonstrierten Präparate der zwei von N. gezeigten Rückenepitheliome.

Ullmann: Die Differenzen der Auffassungen werden erst dann restlos beseitigt sein, wenn die Frage geklärt ist, ob mit dem Begriff „Paget disease of nipple" auch andere ähnliche Krankheitsbilder, wie oft beschrieben, heute noch vereinbar sind. Da solche in größerer Anzahl schon von Paget selbst (1874), von Darier und Wickham (1890) beschrieben wurden, haben wir vorläufig kein Recht, uns in Gegensatz zu den ursprünglichen Autoren in England, Frankreich und Amerika zu stellen. Ich stehe sonst auf dem Standpunkte, den ursprünglich klinischen Begriff Paget disease solange nur möglich auch für die Diagnosenstellung festzuhalten, andererseits bin ich nicht dafür, die Dyskeratose als alleiniges präkanzeröses Vorstadium im Sinne von Bowen disease anzuerkennen.

Sachs betont die an vielen Stellen des demonstrierten Präparates diskontinuierlich einsetzenden epithelialen Wucherungen der Basalzellenschichte, so daß hier ein sogenanntes multizentrisches Basalzellenkarzinom vorliegt.

Referatenteil

redigiert von Dr. Marie Unna, Hamburg-Bergedorf.

Fachzeitschriften.

Dermatologische Zeitschrift.

1924, Bd. 42, H. 2.

Zur Kenntnis des systematisierten Naevus depigmentosus mit Bemerkungen über die formale Genese der Nävi, von H. W. Siemens, Univ.-Hautkl. München. S. 65. Der 18jähr. Pat. weist als Nebenbefund auf der rechten Brustseite fünf und auf der rechten Rückenseite sechs pigmentlose, scharf begrenzte und voneinander getrennte Flecke von unregelmäßiger Form auf. Die Flecke verlaufen deutlich parallel und halbseitig. Der Verlauf der Flecke stimmt mit keinem der bekannten Liniensysteme überein, die bisher als präformierte Wege für systematisierte Nävi angenommen worden sind. Verf. hält die Annahme autonom vorgebildeter Linien, die durch die Nävusbildung sichtbar werden, für berechtigt. Keine der bestehenden Theorien bezüglich der formalen Genese der Nävi trifft für alle vorkommenden Fälle zu. Die Grenzen ihrer Gültigkeit müssen erst erforscht werden.

Nochmals zur Frage der Amyloidosis der Haut, von C. Gutmann, Derm. Abt. städt. Krkhs. Wiesbaden. S. 76. Verf. ist geneigt, zwei selbst beobachtete Fälle sowie einen von Königstein als „Lichen-Vidal-ähnliche Hautaffektion" und einen von Juliusberg als „eigentümliche, lichen-ruber-ähnliche Hautveränderungen des Unterschenkels bei Prurigo Hebrae" beschriebenen Fall zu einem gemeinsamen selbständigen Krankheitsbilde, einer Amyloiddermatose zusammenzufassen. Die klinischen Merkmale der Affektion sind folgende: In chronischer Weise entstehen speziell an den Extremitäten, meist nur an den Unterschenkeln mehr oder minder zahlreiche, derbe, bis linsengroße Knötchen, die unverändert bestehen bleiben und Jucken hervorrufen. Daneben sind Pigmentierung, Verstärkung des Oberflächenreliefs, Lichenifikation und derbe Beschaffenheit der Haut in wechselndem Ausmaß vorhanden. Die regionären Drüsen sind manchmal geschwollen. Histologisch findet man nur in den Knötchen Amyloid, und zwar im Stratum papillare sowie in den angrenzenden oberflächlichsten Lagen der Kutis. Das Stratum corneum ist stark verbreitert, die übrigen Schichten der Epidermis sind meist hyperplastisch, in manchen Fällen normal oder atrophisch. Die Ätiologie der Erkrankung ist unbekammt. Die Diagnose kann nur durch mikroskopische Untersuchung sichergestellt werden. Mindestens 2—3 Amyloidreaktionen (Methylviolett-, Jod- und Jodschwefelsäure-Reaktion) müssen positiv ausfallen.

Ein Fall von Karzinom auf einem Lupus erythematodes, von F. Dietel, Univ.-Hautkl. Erlangen. S. 97. Der 32jähr. Pat. leidet seit 15 Jahren an einem Lupus ery-

Digitized by Google

thematodes des Gesichts und ist niemals mit ätzenden Salben oder Röntgenstrahlen behandelt worden. Vor einem halben Jahre entwickelte sich auf der rechten Wange ein Geschwür, das operativ entfernt wurde und histologisch neben Zeichen einer chronischen Entzündung das Bild eines Plattenepithelkarzinoms aufwies.

Über Spirozid, Stovarsol und Syphilisschutz, von E. Hoffmann-Bonn a. Rh. S. 101. Verf. warnt vor Anwendung von Stovarsol und Spirozid für die Therapie und Prophylaxe der Lues, da beide Mittel klinisch und experimentell noch nicht genügend geprüft sind. Nach den bisherigen Versuchsergebnissen wirken beide Präparate auf Spirochäten und infektiöse Symptome günstig ein. Spirochäten verschwanden nach 2—5 Tagen, klinische Erscheinungen gingen rasch zurück. Die Pat. erhielten viermal täglich 0,25 g. In einem Fall trat nach 7tägiger Anwendung eine allgemeine Dermatitis auf. Im Tierversuch zeigte sich eine deutliche Schutzwirkung. Ein sicheres Urteil wird erst abgegeben werden können, wenn das Ergebnis der Nachimpfung nach mehreren Monaten vorliegen wird. Verf. weist sodann auf Kolles experimentelle Arbeiten bezüglich Schutzwirkung unlöslicher Wismutverbindungen hin. Er sieht in den Ergebnissen dieser Arbeiten eine Bestätigung seiner Erfahrungen, daß nämlich die Depotwirkung und Remanenz des Bi für den Heilerfolg wichtig sind. Lösliche Bi-Verbindungen haben geringere Wirkung. Das Gleiche gilt für die einzeitige kombinierte Salvarsan-Hg-Behandlung (Mischspritzen).

Resorzin-Perkutol bei Erythrasma, von E. Hoffmann-Bonn a. Rh. S. 104. Empfehlung des genannten Mittels zur Behandlung des Erythrasma. Es hat sich ferner bei Pityriasis versicolor, zur Verhütung von Furunkulose und bei Hautleiden, bei denen Resorzin indiziert ist, gut bewährt. Der etwas unangenehme Geruch des Resorzin-Perkutols kann durch Spir. lavand. überdeckt werden. F. Harry-Wiesbaden.

The American Journal of Syphilis.

1924, Bd. 8, Nr. 3.

Quantitative Studien bei der Syphilis vom klinischen und biologischen Gesichtspunkt aus. XIV. Lokalisation und Schicksal des Salvarsans, Neosalvarsans, Silbersalvarsans und Tryparsamids in den Eingeweiden nach intravenöser Einverleibung bei Ratten (Quantitative Studies in Syphilis from a Clinical and Biological Point of View. XIV. Localization and Fate of Salvarsan, Neosalvarsan, Silver-Salvarsan, Tryparsamide in the Viscera after Intravenous Administration in Rats), von J. A. Fordyce, I. Rosen und C. N. Myers, Dep. Derm. Syph. u. Biol. Chem., Columbia Univ. New York. S. 377. Die ausführliche Arbeit stellt die Ergebnisse an einer großen Reihe von Tabellen zusammen. Es wurden 400 Ratten genommen und von diesen etwa 2500 Organuntersuchungen angestellt. Die obigen Medikamente wurden in Mengen von 160, 280 und 600 mg per kg injiziert. Bei etwa 80 Tieren konnte im Normalzustand Arsen in Leber, Milz, beiden Nieren, Gehirn und Blut in geringen Mengen nachgewiesen werden. Das Durchschnittsgewicht der Versuchsratten war 110 g. Die Tiere wurden von 7 Sekunden bis zu 7 Tagen post injectionem getötet. Die Organuntersuchungen der gespritzten Tiere ergaben die Anwesenheit von großen Arsenmengen in Leber, Milz, Nieren und Blut. Es wurden nie Arsenmengen verabreicht, die pathologische Veränderungen in den Organen hätten hervorbringen können.

Beobachtungen über den Verlauf von 413 unbehandelten oder unzureichend behandelten Fällen von Syphilis (Observations on the Course of 413 Cases of Untreated or Inadequately Treated Syphilis), von J. H. Stokes und H. A. Des Brisay-Rochester, Minnesota. S. 558. In einer ausführlichen Einleitung beschäftigen sich die Autoren mit den Ansichten der verschiedenen Parteien über die Möglichkeit der Selbstausheilung der Syphilis und mit der Frage, ob ein langsamer chronischer Entzündungsprozeß nicht wünschenswerter ist als eine Zerstörung der Immunität. Die Arbeit bringt eine Zusammenstellung von 208 unbehandelten Fällen, 47 nur per os behandelten, und 178 unvollkommen behandelten Fällen. Bei etwa 30% der unbehandelten Fälle war der Wassermann negativ. Besonders häufig war die WR bei Neurosyphilis negativ, was jedoch nicht immer mit einem Stillstand der Symptome identisch war. Ein spontaner Stillstand, sowohl des serologischen wie des Symptomenbefundes, lag in weniger als einem Prozent der unbehandelten Fälle vor. Haut- und Knochensyphilis scheint vor Nervensyphilis zu schützen oder diese auszuschließen. Ein Vergleich der oben ge-

Digitized by Google

nannten 3 Gruppen mit intensiv nach modernen Methoden behandelten Fällen zeigt für letztere kein Anwachsen der Nervensyphilis. Jedoch scheint der Prozentsatz für die unvollkommen nach modernen Methoden behandelten Fälle höher zu liegen. Jedoch sind bei diesen Fällen Komplikationen von seiten der Gefäße, Schleimhaut, Haut, Eingeweide und Knochen geringer als bei den nur per os behandelten Fällen. Auch sind die unvollkommen behandelten Fälle eher serologisch und symptomatisch negativ als die unbehandelten Fälle. Die Verff. verlangen nach diesen Ausführungen gründliche Behandlung aller Luetiker.

Klinische und pathologische Beobachtungen bei Magensyphilis (Clinical and Pathological Observations on Gastric Syphilis), von W. A. Brams und L. Bloch-Chicago. S. 569. Die Magenlues ist häufiger, als im allgemeinen angenommen wird. Die wichtigsten klinischen Symptome sind Schmerzen in der Magengegend, Anazidität oder Achylie, Gewichtsabnahme. Röntgenologisch ist ein Magendefekt nachweisbar und schließlich ist ex juvantibus die Diagnose zu stellen, nachdem andere Heilmittel versagt haben. Natürlich muß vorerst die Annahme der Lues gesichert oder zum mindesten wahrscheinlich sein. Der klinische Verlauf hängt von der Art des luetischen Prozesses ab und kann als Ulkus, Tumor oder Stenose sich zeigen. Anatomisch entspricht das Bild dem üblichen der Lues. Die Verff. verlangen schließlich, daß alle als inoperable Karzinome betrachteten Fälle antisyphilitisch behandelt werden.

Giftigkeit und trypanozide Wirksamkeit von intramuskulär injizierten Wismutsalzen sowie deren Beziehung zur Syphilisbehandlung (Toxicity and Tripanocidal Activity of Bismuth Salts Injected Intramuscularly and their Relation to the Treatment of Syphilis), von C. N. Myers und H. B. Corbitt-Brooklyn. S. 578. Die zur Untersuchung verwendeten Präparate waren in Öl suspendiertes Luatol, Trepol, Neotrepol, Bismogenol und die löslichen und unlöslichen Tartarobismutverbindungen. Lokale Anästhetika lehnen die Verff. ab. Sieben Tabellen geben eine Übersicht über die angestellten Versuche. Es ergaben sich bei der intramuskulären Injektion dieselben Schwierigkeiten wie beim Quecksilber in bezug auf Absorption, Retention und Elimination. Die Untersuchungen haben ergeben, daß die Absorption für die einzelnen Verbindungen verschieden ist, bei den löslichen jedoch rascher als bei den unlöslichen, jedoch ist bei ersteren die Toxizität höher. Was die Organschädigungen anbetrifft, so war neben der Leber vor allem die Niere bei den Versuchstieren betroffen. Von einer bestimmten Wirkung auf die Trypanosomen kann auch nicht gesprochen werden, obwohl der Tod der Tiere durch das Mittel 1—5 Tage hinausgeschoben wurde. Diese Ergebnisse unterstützen die Resultate früherer Untersuchungen. Es sind weitere Beobachtungen nötig, um über die Zukunft der Wismutverbindungen zu entscheiden. Vorsichtige Kontrolle der Injektionsstellen, der Organe und der therapeutischen Wirksamkeit ist geboten.

Graphische Tabelle zur Feststellung der Erfolge der Syphilisbehandlung (A Graphic Chart for Recording the Results of Treatment in Syphilis), von R. A. Kilduffe-Los Angeles. S. 595. Die Arbeit empfiehlt die Anlegung einer Karte, auf deren einer Seite graphisch die Ergebnisse der Kolmerschen Komplementfixation während der Kuren aufgezeichnet werden, und auf deren anderer Seite die üblichen Angaben über Personalien, Behandlung usw. zu machen sind.

Die unterstützende Behandlung der Syphilis (The Adjuvant Treatment of Syphilitics), von L. Michel und H. Goodman-New York. S. 598. Besprechung der Maßnahmen, die bei einer Syphilisbehandlung neben der eigentlichen Kur getroffen werden müssen. Es wird der Alkohol, Tabak und Kaffee genannt. Kurze Besprechung einiger neuerer Präparate, insbesondere von Neotrepol, Silbersalvarsan und Sulpharsphenamine. Ausführlicher sind die Angaben über Behandlung von Salvarsan- oder Quecksilberschädigungen, für die ein englisches Präparat „Kontramine" empfohlen wird und dann Natriumthiosulfat. Letzteres soll intravenös, in 10—20 ccm destillierten Wassers gelöst, von 0,3—1,0 g täglich steigend, gegeben werden. E. Rosenbaum-Berlin.

Česká dermatologie.

1924, 5. Jahrg., Nr. 10.

Einfluß der Kalziumione und anderer Metallione auf das Wachstum von Geweben in vitro, von P. Mendělejeva-Brussel. Dank einer eigenen Methode, die eine unmittelbare Durchführung der Versuche ermöglicht, gelangte M. zu dem Resultate, daß

Digitized by Google

die Kalziumione ein Wachstum der embryonalen Gewebe hervorrufen. Sie wird sich nunmehr der Frage zuwenden, ob sie nicht eine anologe Rolle beim Wachstum maligner Zellen spielen.

Wismutexantheme, von A. Neumann-Prag. Eine Pat., die Quecksilber, Neosalvarsan und Gluce-Neo 914 anstandslos vertrug, bekam nach der 10. intramuskulären Injektion von Tarbisol einen typischen Herpes zoster (sacro-ischiadicus). Die Art seines Auftretens und die Lokalisation berechtigen zu der Annahme, daß es sich nicht um eine zufällige Koinzidenz handelte.

Gonorrhoebehandlung mit Reargon, von K. Procházka-Prag. Das Präparat verursacht keine Schmerzen und ist stark antiphlogistisch. Die akuten Symptome werden prompt beseitigt, doch wird der Harn nicht immer gereinigt. Die bakterizide Wirkung ist gering, oft geringer als die anderer Silberverbindungen. Nach 27 Tagen konnten noch Gonokokken nachgewiesen werden, auch wenn der Harn ganz klar war. Der Autor kann in dem Reargon kein souveränes Mittel erblicken.

Gonorrhoebehandlung mit Reargon, von O. Polák. Das Präparat ist schmerzlos und beseitigt rasch die Sekretion. Die Gonokokken verschwinden schnell, sind aber schon nach 24 Stunden wieder nachweisbar und am vierten Tage in ebensolcher Menge vorhanden wie im Beginn der Behandlung. Nur ein einziger Fall (von 16) war und blieb nach 8 Stunden gonokokkenfrei; dagegen war der Verlauf in den übrigen Fällen ein ungünstigerer als nach anderen Silbersalzen.

Chinin-Jodbismutol („Quinby"), von J. Crha-Prag. Quinby ist ein Wismutpräparat, das allen Anforderungen entspricht. Es beeinflußt sowohl die klinischen Symptome der Lues als auch die Seroreaktion günstig. Es wird gut vertragen, sowohl lokal als auch allgemein, die Injektionen sind schmerzlos. Es läßt sich mit Arsenobenzolen gut kombinieren, doch müssen dieselben in großen Dosen injiziert werden. In diesem Falle nimmt C. zu einer Behandlung 3,5 g Rhodarsan oder Néotréparsénan und 3—3.6 g Jodbismutol. Quinby wird jeden vierten Tag injiziert, Arsenobenzol (0,45 g) jeden fünften Tag. Dem Harn und der Mundschleimhaut muß Aufmerksamkeit gewidmet werden.

6. Jahrg., Nr. 1.

Breite Kommunikation des Ösophagus mit der Trachea durch Zerfall eines Gumma der Ösophagotrachealwand, von B. Wiškovský-Preßburg. 46jähr., nicht behandelter Luetiker; seit Monaten Husten ohne Dyspnoe; plötzlich traten Schluckbeschwerden auf, die für eine ösophagotracheale Kommunikation sprachen. In der vorderen Ösophaguswand eine Ulzeration mit scharfem, infiltriertem Rand, deren Basis nur aus nekrotischem Gewebe bestand. Tracheoskopie unmöglich. Wassermann positiv. Leber- und Aortenlues. Bronchopneumonie. Nach 14 Tagen war die Geschwürsbasis total eliminiert, wodurch in der Ösophagotrachealwand ein 6×3 cm großer Defekt entstanden war. Exitus. Die Sektion bestätigte den klinischen Befund. — Wahrscheinlich war der primäre Sitz des Gumma trotz Fehlens dyspnoischer Beschwerden in der Trachea.

Monilethrix, von V. Rihová-Prag. Der mitgeteilte Fall zeigte folgende Abweichungen: Er war nicht hereditär und entstand bei einer erwachsenen (32jähr.) Frau aus unbekannter Ursache; es bestand weder eine follikuläre Keratose (die histologische Untersuchung fehlt), noch Lichen pilaris an den Extremitäten; die Lokalisation beschränkte sich auf eine kleine Partie des Haupthaars; das Haar war wenig brüchig (Kohäsionskoeffizient 61—65 g); daher waren die Haare nur wenig moniliform verändert (freies Ende normal), die Einschnürungen waren verschieden lang und ziemlich breit, hatten eine dicke Rindenschicht und waren reich pigmentiert; die Haare waren deutlich gedreht. Es bestand zirkumskripte Kahlheit.

Zur Ätiologie der chronischen Ekzeme, von L. Maximčeva-Prag. Abhandlung über protrahierte, der üblichen Therapie trotzende ekzemartige Dermatosen mit unklarer Ätiologie. Es gelang in 52,17% der Fälle mit Trichophytin Höchst als Antigen positive Komplementablenkungsreaktion zu erzielen und dadurch den mykotischen Ursprung mit Wahrscheinlichkeit zu beweisen. Dafür sprechen auch die günstigen Heilresultate mit Teer. Alle seropositiven Fälle heilten nach Teeranwendung (Gach) rasch ab. Bei Parallelversuchen mit Trichophytien reagierten die tiefen Formen in 100%, die oberflächlichen in 50% auf Trichophytin Höchst als Antigen positiv. Viel schwächere Resultate wurden mit dem Doltaufschen Trichophytin erzielt; Scherings Trichon eignete sich zur Seroreaktion überhaupt nicht. Es wurde mit inaktivierten Seren mit der

Digitized by Google

Tropfenmethode, im Prinzip mit der Kaupschen Methode gearbeitet. Als Basis diente 1 ccm physiologischer Kochsalzlösung. Alle Reagenzien, mit Ausnahme des Komplements, wurden unverdünnt tropfenweise zugesetzt. Die Reaktion ist nicht rein spezifisch; 10% der Kontrollseren reagierten unspezifisch. Gleichzeitige Versuche mit der Intradermalreaktion (Trichophytin Höchst 1 : 50) ergaben positive Resultate bei Trichophytien und den genannten Dermatosen. Die beiden Reaktionen wurden nur als Hilfsmethoden zur Klärung der Ätiologie der erwähnten Dermatosen benützt. Die Diagnose der mykotischen Ekzeme kann aber einzig und allein auf die Komplementablenkungsreaktion nicht gestellt werden.

Behandlung der chronischen Zervizitis und Urethritis mit Lamina riastäbchen, von J. Saudek-Brünn. Laminariastäbchen werden in flüssige Gelatine, die einen Zusatz von Kupfersulfat, Zinksulfat oder Silbernitrat enthält, eingetaucht, herausgezogen und mit einem Überzug aus erstarrender Gelatine versehen, dann in den Zervixkanal eingelegt und 2 Stunden liegen gelassen. Hierbei wird einerseits der Kanal dilatiert, wodurch der Sekretabfluß erleichtert wird. Die Methode eignet sich auch zur Therapie der männlichen Urethritis.

6. Jahrg., Nr. 2.

Die Bedeutung der diastatischen Fähigkeit der Körperflüssigkeiten für die Erklärung des Ödems, von Netoušek-Preßburg. Die Ödemflüssigkeit, die man durch Anstechen geschwollener Extremitäten bei Leber- und Kreislauferkrankungen gewinnt, enthält keine Diastase (nach der modifizierten Methode von Wohlgemuth). Dagegen konnte N. in dem Blaseninhalt bei Duhringscher Dermatose Diastase nachweisen. Dies beweist, daß die Qualität der beiden Flüssigkeiten eine ganz verschiedene ist, daher auch der biologische Prozeß, dem die Flüssigkeiten ihre Entstehung verdanken. Diese Erkenntnis bietet eine Möglichkeit zur Klassifikation der Krankheiten in pathogenetischer Beziehung.

Leukoderma nach Herpes tonsurans maculosquamosus, von J. Crha-Prag. Der Autor publiziert 4 Fälle dieser Art. Er ist der Ansicht, daß die Pityriasis rosea parasitären Ursprungs sei und durch Trichophyton tonsurans oder einen anderen, noch unbekannten Erreger hervorgerufen werde. Zur Erklärung des Leukoderma zieht er die Erklärung Buschkes für das syphilitische Leukoderma heran: die Toxine des Erregers schädigen die pigmentbildenden Epidermiszellen, die infolge ihrer gesteigerten Vitalität empfindlicher sind. Die Haut aller vier Kranken war stark pigmentiert.

Vergleichende Untersuchungen mit den Reaktionen von Wassermann, Sachs-Georgi und Meinecke, von V. Procházka-Prag. Mit aktivem Serum durchgeführte WR ist bei primärer Lues ein gutes Ergänzungsexperiment, bei dem diese Reaktion in 13,3% der Fälle früher positiv wird als bei inaktivierten Seren. Auch bei hereditärer Lues ist sie öfter positiv. Für die übrigen Stadien der Lues ist das „inaktive" Experiment besser geeignet. Zur Reaktion mit aktivem Serum ist der alkoholische Leberluesextrakt zu verwerten, wobei aber die Möglichkeit unspezifischer Reaktionen zu erwägen ist. Cholesterinisierter alkoholischer Normalrinderherzextrakt eignet sich für das aktive Experiment überhaupt nicht; besonders nicht für die Frühdiagnose der Lues I, wohl aber für Experimente mit inaktivierten Seren, besonders bei bereits behandelten Fällen, bei denen die positive Reaktion zwar später als bei Verwendung von Leberluesextrakt auftritt, dafür aber auch später schwindet. Man arbeitet daher am besten mit je einem Extrakt aus luetischen und aus normalen Organen. — Die SGR und die MTR sind sehr gute Ergänzungs- und Kontrollexperimente, können aber die WR nicht ersetzen; ihre Spezifität ist geringer. Sie eignen sich sehr gut für behandelte Fälle, da sie bei diesen länger positiv bleiben als die WR. Bei primärer und sekundärer Lues zeigt sich ihre Positivität später. Die MTR ist wegen ihrer einfachen Technik empfehlenswert.

Neotrepol bei Erwachsenen, von O. Zborilek-Prag. Das Neotrepol gehört zu den wirksamsten Wismutpräparaten, besonders in Hinsicht auf seine Einwirkung auf die WR. Die klinischen Symptome schwinden ebenso rasch wie nach anderen Wismutpräparaten. Die Injektion ist schmerzlos. Störungen des Darmtraktus oder der Nierenfunktion werden nie beobachtet. Ein Nachteil des Neotrepols ist das häufige Auftreten von Wismutsaum und Stomatitis. G. Mühlstein-Prag.

Digitized by Google

Archives of Dermatology and Syphilology.

1924, Bd. 10, Nr. 3.

Akute Metaplasie von Schweißdrüsengangepithel bei akuten Eiterungen (Metaplasia [Acute] of Sweat Duct Epithelium in Acute Suppurations), von F. D. Weidman-Philadelphia. S. 275. Bericht über die Sektionsbefunde eines Mannes, der an Erysipel und einer Frau, die nach einer Impfung starb. Schnitte durch die Brusthaut ergaben eine Umwandlung des Schweißdrüsengangepithels zu Plattenepithel im Verlauf des ganzen Ganges, während der sezernierende Teil unverändert war.

Immunität bei Trichophytie (Immunity in Ringworm Infections), von S. S. Greenbaum-Philadelphia. S. 279. Durch Impfung erworbene oberflächliche Trichophytie des Körpers, hervorgerufen durch Achorion Quinckeanum, Trichophyton gypseum und Mikrosporon lanosum, heilt bei Mensch und Tier spontan unter Erwerbung einer lokalen Gewebsimmunität von unbegrenzter Dauer. Diese Immunität der einen Pilzart ist auch wirksam gegen die beiden anderen. Experimentell erzeugte tiefe Trichophytie bei Tieren ruft eine zeitweise allgemeine Immunität hervor. Durch Fällungsreaktion (mit Kolmers Methode) wurde nur ein geringes oder gar kein Vorhandensein von Antikörpern bei Fällen mit oberflächlicher Trichophytie nachgewiesen.

Dermatitis exfoliativa der Neugeborenen: Bericht über einen Fall (Dermatitis Exfoliativa Neonatorum: Report of a Case), von E. Fisher und S. S. Wittenberg-Cleveland. S. 289. Der Vater des 6 Tage post partum erkrankten Säuglings war gesund; die Mutter machte während der Schwangerschaft eine fibrinöse Perikarditis durch. Die Dermatitis exfoliativa zeigte sich zuerst an den Extremitäten und ging allmählich unter leichtem Fieber auf den Körper über. Bakteriologische Untersuchungen ergaben kurze Ketten von Streptokokken. Letaler Ausgang.

Ulerythema ophryogenes (Folliculitis Ulerythematosa Reticulata: Report of a Case), von E. F. Corson und F. C. Knowles-Philadelphia. S. 293. Bericht über einen Fall des zuerst von Unna beschriebenen Ulerythema ophryogenes in netzförmiger Anordnung vor dem rechten Ohr. Bakteriologisch und histologisch kein bemerkenswerter Befund.

Keloid der Zunge: Bericht über einen Fall (Keloid of the Tongue: Report of a Case), von W. H. Mook-St. Louis. S. 304. Nach Entfernung einer Warze auf der rechten Zungenhälfte einer Fünfzigerin vermittels Elektrolyse blieb eine offene Stelle 5—6 Wochen lang und heilte dann unter Keloidbildung. Eine bei derselben Patientin gleichzeitig auf dieselbe Art entfernte Warze der rechten Achselhöhle heilte ebenfalls unter Keloidbildung. In der Literatur ist außer diesem Fall nur ein einziger derartiger berichtet. Therapeutisch wird gegen das Keloid Radium empfohlen.

Gleichzeitig ausgeführte Vernessche und Wassermannreaktion bei Syphilis (Simultaneous Vernes- and Wassermann-Test for Syphilis), von A. B. Baylis, A. E. Sheplar und W. J. MacNeal-New York. S. 306. Beim Vergleich der Vernesschen Fällungsreaktion mit der WR ergab sich, daß die WR eine feinere Reaktion darstellt und viel früher positiv wird, als der Vernessche Apparat es anzugeben vermag. Andererseits ist die WR gerade wegen ihrer Empfindlichkeit manchmal weniger zuverlässig als die Vernessche Reaktion: in Fällen, wo die WR trotz genügender Behandlung monatelang stark positiv bleibt, kann der Vernessche Apparat durch seine genaue Messung der Ausfällung die durch irgend einen zufälligen Umstand unverändert gebliebene WR des Syphilitikers auf ihren richtigen Grad einschätzen. Von allen Fällungsreaktionen ist der Vernesschen Methode als der genauesten der Vorzug zu geben.

Mischinfektion von Syphilis und Ulcus molle (Incidence of Mixed [Syphilitic and Chancroidal] Infections), von R. A. Vonderlehr-Richmond. S. 314. Die Zahl der Mischinfektionen betrug 2% aller Geschlechtskrankheiten und 38% aller genitalen Ulzera.

Beobachtungen über vasomotorische Erscheinungen nach intravenösen Arsphenamingaben (Studies on the Complex Nitritoid Crisis after the Intravenous Administration of Arsenicals), von I. Rosen, E. F. Müller und C. N. Myers-New York. S. 316. Es ist bekannt, daß intravenöse Arsphenamingaben eine Leukopenie in den peripheren Gefäßen hervorrufen. Dies erklärt sich offenbar als Reflexwirkung des autonomen Nervensystems und seines parasympathischen Teils auf die Splanchnikusgefäße, die sich erweitern und die Leukozyten aufnehmen, die aus der Peripherie stammen. Ob der therapeutische Effekt von der Stärke der eintretenden Leukopenie abhängig ist, ist ungewiß. Verf. führte an zahlreichen Fällen genaue Leukozytenzählungen während

Digitized by Google

der Arsphenamininjektion aus und fand, daß die Abnahme der Leukozyten am stärksten bei Patienten mit nachfolgenden vasomotorischen Erscheinungen eintrat. Suprarenin hebt die Dilatation der Splanchnikusgefäße auf, daher sein therapeutischer Effekt bei vasomotorischen Störungen nach Arsphenamininjektionen. Es ist nicht erwiesen, ob eine besondere Konstitution des autonomen Nervensystems oder die Schädigung derselben durch die Syphilis den angioneurotischen Symptomenkomplex auslösen.

Fissur der Lippe (Fissur of the Lip), von H. W. Michelson-Minneapolis. S. 332. Verf. empfiehlt Schluß der Fissur mit einem in 10% Kokain getauchten Faden nach vorheriger Ätzung mit 25% Argentum nitricum. L. Mühlpfordt-Allenstein.

Mitteilungen aus der Literatur.

Syphilis.

d. Serologie.

Erfahrungen mit der Meinickeschen Trübungsreaktion, von Gudrun Bruns, Bakt. Abt. Rudolf-Virchow-Krkh. (M. Kl., 1924, Nr. 34, S. 1178—1179.) Bei vergleichender Untersuchung von 520 Seren, zur einen Hälfte primäre und sekundäre Syphilis, zur anderen Fälle, bei denen erfahrungsgemäß unspezifische Reaktionen vorkommen, zeigt sich im allgemeinen größere Empfindlichkeit der MTR; in einzelnen Fällen reagierte jedoch die WR stärker, so daß zur Erzielung einer Höchstzahl positiver Resultate gleichzeitige Anstellung beider Reaktionen erforderlich ist. Positive Reaktion ohne nachweisbare Luesanamnese bei MTR etwas häufiger als bei WR. Ersatz dieser durch die MTR kommt zur Zeit nicht in Frage. E. Levin-Berlin.

Erfahrungen mit der Meinickeschen Trübungsreaktion (MTR), von W. zur Linden, Path. Inst. Städt. Krkanst. Barmen. (D. m. W., 1914, Nr. 34, S. 1149.) Die MTR stimmte in 91,4% mit der WR überein. Unspezifische Reaktionen wurden niemals beobachtet. In 18 von 510 Fällen zeigte die MTR als einzige Reaktion Lues an. Die Reaktionsbreite der MTR ist größer als die der WR. In 3,1% der Gesamtfälle versagte die MTR. Ein weiterer Mangel der Reaktion ist die schwankende Schärfe der Extrakte. Zur Liquoruntersuchung ist die MTR nicht verwendbar.
F. Harry-Wiesbaden.

Erfahrungen mit der Kodamaschen Ausflockungsreaktion an 1500 Sera, von R. Griesbach, Dermatologikum, P. G. Unna-Hamburg. (Kl. W., 1924, Nr. 36, S. 1630.) Die Überschichtungsprobe nach Kodama mit cholesterinierten Extrakten zeigt eine verhältnismäßig hohe Spezifität, dabei ist die Reaktion so einfach, daß sie von jedem leicht angestellt werden kann, und sie genügt, um zunächst eine schnelle Orientierung zu erreichen. Es fand sich eine weitgehende Übereinstimmung mit der WR. Doch ist es bei dem heutigen Stand der serologischen Methodik notwendig, in jedem Falle eine Kontrolle durch die WR vorzunehmen. E. Langer-Berlin.

Über die Empfindlichkeit der Vernesschen serologischen Methode (A propos de la sensibilité de la méthode sérologique de M. le Dr. Vernes), von R. Demanche und L. Guenot. (Presse méd., 1924, Nr. 49, S. 526.) In Erwiderung auf die von Brocq (Presse méd., Mai 1924) gemachten Bemerkungen über den von Verff. gegenüber der Vernesschen Ausflockungsmethode zur Serumdiagnose der Syphilis vertretenen Standpunkt weisen diese auf die Differenzen hin, welche zwischen der ersten und der späteren Schätzungsmethode Vernes bestehen. Sie halten es für notwendig, die Hechtsche Methode und den Originalwassermann neben dem Vernesschen Verfahren beizubehalten, ohne den Fortschritt, den letzteres bezeichnet, zu verkennen.
A. Philippi-Bad Salzschlirf.

Über Syphilimetrie (Sur la syphilimétrie), von Lortat-Jacob und Legrain. (Presse méd., 1924, Nr. 49, S. 527.) Kurze Bemerkung zu dem Artikel von Brocq über die Vernessche Methode der Abschätzung des Grades der syphilitischen Infektion und Hinweis darauf, daß V. bei seinen ersten Publikationen sich einer anderen Skala bediente als bei seinen späteren. A. Philippi-Bad Salzschlirf.

e. Therapie.

Prophylaktische Behandlung der kongenitalen Syphilis (Traitement prophylactique de l'hérédo-syphilis), von M. Pinard. (Progr. méd., 1924, Nr. 35, S. 524—529.) Die konzeptionelle Syphilis ist häufiger maternellen als paternellen Ursprungs. Der Ein-

Digitized by Google

fluß des Vaters ist aber insofern ein bedeutender, als nachgewiesen ist, daß das Sperma reichlich Spirochäten enthalten kann und auch ihr Eindringen in Spermatozoen (eventuell kurze oder zusammengerollte Spirochäten) nicht von der Hand zu weisen ist. Dadurch können Infektionen des Eies erfolgen auch bei zunächst gesunder Mutter, die dann erst von der Frucht aus erkrankt. Wenn bei starkem Verdacht des Vorliegens einer kongenitalen Lues bei einem Kinde sich bei den Eltern nichts findet, sind auch die Großeltern zur Untersuchung heranzuziehen. Bei wenn auch nicht sicheren, so doch verdächtigen Antezedentien der Mutter soll sie in der Schwangerschaft behandelt werden. Für die Behandlung der syphilitischen Schwangeren ist Salvarsan dem Quecksilber überlegen. Schema der Behandlung: Serien von 8 Einspritzungen 0,15—0,75; 3 Wochen Pause; 2. Serie 8 Einspritzungen von 0,3—0.9; 3 Wochen Pause; 3. Serie 8 Einspritzungen von 0,45—0.9. Auch schon nach 2 Serien meist guter Erfolg, falls mit der Behandlung früh genug begonnen wird. Die von anderer Seite behaupteten nitritoiden Krisen des Uterus und der Plazenta konnten nicht beobachtet werden. Wird die kongenitale Lues erst nach der Geburt des Kindes bemerkt, so ist gleichfalls Salvarsan am wirksamsten, das bei Säuglingen subkutan gut vertragen wird; in größeren Dosen auch Sulfotreparsenan. Es ist dahin zu streben, daß kein Syphilitiker vor der Heilung heiratet. E. Levin-Berlin.

Über die Behandlung der durch Nephritis komplizierten Syphilis, von A. Ruete und A. Schwenkenbecher-Marburg. (Zschr. f. ärztl. Fortbildg., 1924, Nr. 14, S. 417.) Bei einem Syphilitiker mit einer unspezifischen Nierenerkrankung kann besonders bei einer Spätlues mit der antiluetischen Kur gewartet werden; zunächst soll die Niere behandelt werden; bei normaler Funktion und bei gutartigen älteren Nephritiden wird Jodkali 3mal täglich 0,3—0,5—1,0 gegeben; später milde Quecksilber- und milde Salvarsankur. Bei frischer Lues und alter Nierenschädigung milde Salvarsankur ohne Quecksilber; bei frischer Lues mit schwerer akuter Nephritis soll antiluetische Kur unterbleiben, bis die Nephritis abgeklungen. Bei syphilitischer Nierenerkrankung vorsichtig Jod, Hg oder Salvarsan. W. Chrzelitzer-Waldenburg.

Arsenpräparate bei der Behandlung der Syphilis (Arsenical Preparations in the Treatment of Syphilis), von C. G. Cumston-Genf. (M. J. and Record, 1924. Bd. 120, Nr. 3, S. 126.) Bericht über die Vorschriften Milians für die Salvarsanbehandlung. Wichtig ist langsames Einspritzen stärker verdünnter Lösungen, damit die ersten Erscheinungen einer nitritoiden Krise noch während der Einspritzung auftreten und diese abgebrochen werden kann. Adrenalin dient zn ihrer Behandlung, soll aber nicht kritiklos prophylaktisch gegeben werden, weil dann die Gefahr besteht, daß zu große Salvarsandosen gegeben werden, deren schädliche Wirkungen vielleicht erst eintreten, wenn die Wirkung des Adrenalins schon vorüber ist. E. Levin-Berlin.

Über Stovarsol, von B. Grunke-Berlin. (Ther. d. Gegenw., 1924, H. 8, S. 366.) Stovarsol zu den vom Atoxyl hergeleiteten Substanzen gehörend wird als Prophylaktikum und Heilmittel durch Reklame sehr gerühmt. Verf. hat keinesfalls Erfolge gesehen. W. Chrzelitzer-Waldenburg.

Zur Stovarsolfrage, von M. Oppenheim, Wilhelminenspital Wien. (M. Kl., 1924, Nr. 36, S. 1240—1241.) Stovarsol und ebenso das neuere von Bayer hergestellte Spirozid sind mächtige, dabei, in richtiger Weise angewendet, unschädliche Antisyphilitika. Es handelt sich jedoch in erster Linie um Prophylaktika; zur Behandlung (auch Abortivkur) ist Kombination mit Quecksilber oder Wismut erforderlich. Ausreichende Dosierung (bis zu insgesamt 14 g) ist nötig. Von den vom Verf. ausschließlich mit Stovarsol oder Spirozid behandelten Fällen verschiedener Stadien (ausgeschlossen seronegative Primärfälle) zeigten viele keine Rezidive, doch bleibt abzuwarten, ob sie noch auftreten werden. E. Levin-Berlin.

Ein Fall von akuter Leberatrophie und Dermatitis nach Salvarsan, von A. Kirch, III. Med Abt. Wilhelminensp. Wien. (W. kl. W., 1924, Nr. 32, S. 781.) Bericht über einen Fall von akuter Leberatrophie und Salvarsandermatitis bei einer 43jähr. Pat. mit sekundärer Lues. Zunächst 8 Hg-Injektionen, die schlecht vertragen wurden. Dann Neosalvarsan 0,15—0,3 g pro dosis, im ganzen 4,5 g, bei vollem Wohlbefinden. WR am Ende der Kur negativ. Etwa 2 Wochen danach Auftreten der Lebererkrankung und einer Dermatitis an den Extremitäten. Exitus nach 3 Tagen. Akute, gelbe Leberatrophie klinisch und pathologisch-anatomisch festgestellt. Verf. ist der Ansicht, daß Lebererkrankung und Dermatitis als koordinierte Symptome einer Salvarsanschädigung aufzufassen sind, hervorgerufen durch eine relative Überdosierung bei einem luetischen Individuum mit Salvarsanüberempfindlichkeit. R. Ley-Kreuznach.

Digitized by Google

Zur Behandlung der Salvarsandermatitis, von H. Sieben-Bürstad. (M. Kl., 1924, Nr. 32, S. 1111—1112.) In einem Falle ausgebreiteter Salvarsandermatitis, in dem 3 intravenöse Einspritzungen von Chlorkalzium 0,5 das Fortschreiten nicht aufhalten konnten, trat nach 2 intravenösen Einspritzungen von je 10 ccm Arnotan (sterile Kalzium-Gummi-Lösung mit 5% wasserfreiem Chlorkalzium) sehr schneller Rückgang der Erscheinungen ein. E. Levin-Berlin.

Zur Chemie der Wismutverbindungen, von H. Bauer, Chem. Abt. Georg-Speyer-Haus Frankfurt a. M. (M. Kl., 1924, Nr. 33, S. 1146—1148.) Die Fähigkeit zur Bildung komplexer Salze ist beim Wismut größer als beim Arsen und Antimon. Sie lassen sich in wasserlöslicher Form als alkalische Salze therapeutisch anwenden; jedoch erscheint die Depotbehandlung mit unlöslichen Salzen vorzuziehen, wobei Wismut nicht mit komplexbildenden Säuren vergesellschaftet zu sein braucht. Die Wismutverbindungen bedürfen zur Entfaltung ihrer Heilwirkung besonderer haptophorer Gruppen nicht, vielmehr erfolgt Durchtränkung des gesamten Organismus mit Wismut (wahrscheinlich durch Globulinfraktion des Eiweißes). Es wurden auf verschiedene Weise chemisch gut definierte, einheitliche Verbindungen von Wismut und Quecksilber dargestellt. Kombinationen von Wismut und Arsen erhielt man als Metallsalvarsan durch Zusammenbringen von Arsenobenzolverbindungen mit Wismutsalzen in schwach saurer, neutraler oder alkalischer Lösung oder durch Darstellung der Wismutsalze von Arsinsäuren. E. Levin-Berlin.

Chemotherapeutische Studien über Wismut, von W. Kolle, Georg-Speyer-Haus Frankfurt a. M. (M. Kl., 1924, Nr. 32, S. 1097—1104.) Ausgedehnte experimentelle Untersuchungen. Zunächst wurde festgestellt, daß keine Wismutverbindung bei Infektion mit Trypanosomen einen sicheren Schutz oder eine sichere Heilwirkung entfaltete. Auf Rekurrenzspirillen wirken einzelne Wismutverbindungen, aber nur in den höchsten Dosen, sterilisierend. Es konnte jedoch bei keiner eine den Arsenobenzolderivaten vergleichbarer chemotherapeutischer Index nachgewiesen werden. Wismut und seine Verbindungen unterscheiden sich biologisch prinzipiell von den Arsenobenzolderivaten, indem den Parasiten Chemorezeptoren für Wismut fehlen und es daher nicht zu einer Verankerung wie bei den Arsenobenzolderivaten kommt. Für die Versuche an experimentell syphilitisch infizierten Kaninchen wurde zunächst die sicher erträgliche und die sicher tödliche Dosis jeder Wismutverbindung bei intramuskulärer und eventuell intravenöser Injektion an gesunden Kaninchen ermittelt. Bei intramuskulärer Injektion ergaben sich bei löslichen und unlöslichen Verbindungen große Unterschiede hinsichtlich der Toxizität, bei intravenöser nur geringe. Die Wirkung auf Spir. pall. im Kaninchenkörper ist eine viel langsamere als die der Salvarsane, in bezug auf Heilung des Primäraffektes besteht kein Unterschied; doch liegt die dazu erforderliche Dosis bei intravenöser Einspritzung sehr nahe der tödlichen. Nur sehr wenige Wismutverbindungen weisen einen therapeutischen Quotienten von 1:2 bei intravenoser Einspritzung auf; einen chemotherapeutischen Index, der dem der Arsenobenzolderivate auch nur annähernd vergleichbar ist, besitzt keine der bisher bekannten Wismutverbindungen. Die Wirkungsweise sämtlicher intramuskulär einverleibter Präparate ist im Gegensatz zu den Arsenobenzolderivaten zu der Wirkung des bei der menschlichen Syphilis intramuskulär einverleibten metallischen Quecksilbers in Analogie zu setzen. Das von den Muskeldepots schubweise in den Kreislauf gelangende Wismut wirkt entwicklungshemmend auf die Spirochäten. Die absolute Dosis, bei der die verschiedenen Verbindungen dabei wirksam sind, ist eine sehr verschiedene, für jedes Präparat jedoch zahlenmäßig feststellbare. Die wirksame Dosis hat einen größeren Abstand von der Dosis tolerata als bei intravenöser Einspritzung, doch ist der so ermittelte chemotherapeutische Quotient für intramuskuläre Einspritzung nicht zu dem bei intravenöser Einspritzung wasserlöslicher Arsenobenzolderivate gewonnenen Quotienten in Parallele zu stellen, da bei der über Tage und Wochen sich erstreckenden Resorption der Depots die Resorptionsverhältnisse der einzelnen Präparate in Rechnung gestellt werden müssen. Es ist anzunehmen, daß das aus den Depots resorbierte Wismut nicht an Gewebszellen fixiert, sondern zunächst aus den Körpersäften eliminiert wird. Die Resorptionsdauer der Wismutdepots wurde mittels Röntgenstrahlen und durch Autopsie untersucht und die durch chemisch verschieden zusammengesetzte Verbindungen hervorgerufenen pathologisch-anatomischen Veränderungen festgestellt. Dabei ergaben sich sehr weitgehende Unterschiede. Während das Salvarsan bei intravenöser Einspritzung fast momentan an die Spirochäten verankert wird und eine direkte Wirkung auf sie hat, bei genügender Dosierung zu ihrer sicheren Abtötung führt, bei intramuskulärer Einspritzung einen

Digitized by Google

großen chemotherapeutischen Index zeigt, relativ rasch aus dem Körper ausgeschieden wird, in einem hohen Prozentsatz der Fälle innerhalb 3—4 Wochen post infectionem die Krankheit heilt, wirkt Wismut viel langsamer auf die Spirochäten, so daß man nicht von einer direkten Wirkung sprechen kann; ferner ist bei intramuskulärer Einspritzung nur ein geringer chemotherapeutischer Index zu erzielen, die absolute Heildosis ist bei intravenöser Anwendung fast genau die gleiche wie bei intramuskulärer. Therapeutisch gute Erfolge lassen sich nur durch intramuskuläre Depotbehandlung erzielen, indem dauernde schubweise Resorption und Hemmung der Spirochätenentwicklung bewirkt wird. Für die Frühperiode, besonders Abortivheilung bleibt Salvarsan, eventuell in Verbindung mit Wismut oder Quecksilber das Mittel der Wahl, für später kommen kombinierte Quecksilber-Wismutverbindungen in Betracht. E. Levin-Berlin.

Pharmakologie der Wismutpräparate, in bezug auf die Therapie der Lues. Unter Berücksichtigung der Anwendung des Wismutsubsalizylates in der Praxis, von F. Herzog-Pressburg. (M. Kl., 1924, Nr. 38, S. 1333—1335.) Die Wirksamkeit der verschiedenen Präparate beruht auf der aktiven Wismutkomponente, es ist zu guter Wirksamkeit erforderlich mindestens 0,06 metallisches Wismut pro Injektion und im ganzen 1,5 g innerhalb 6—7 Wochen einzuführen. Damit fällt schon die intravenöse Anwendung. Allen Anforderungen entspricht sehr gut Wismutsubsalizylat, bei dem Epithelurie, Schmerzen, Infiltrate nicht vorkamen. Am besten Suspension mit süßem Mandelöl. Bei Metalues empfehlen sich größere Mengen und erhöhte Konzentration; in 7—8 Wochen Dosen von etwa 2—3 ccm, insgesamt 2,5—3 g Wismut.
E. Levin-Berlin.

Über Gewebsveränderungen nach Wismutinjektionen, von R. Jaffé, Georg-Speyer-Haus und Senckenbergisches Path. Inst. Univ. Frankfurt a. M. (M. Kl., 1924, Nr. 33, S. 1135—1137.) Die Veränderungen (bei 17 Kaninchen und Präparaten eines tödlich verlaufenen Falles beim Menschen) sind von der chemischen Natur der verschiedenen Mittel abhängig; von geringer Bedeutung ist dabei, ob das Mittel gelöst oder in öliger Suspension angewendet wird. An der Injektionsstelle finden sich bei einigen Mitteln große Abszesse und ausgebreitete Nekrosen als besonders charakteristisch ausgedehnte Verkalkung abgestorbener Muskelfasern; bei anderen tritt die Bildung eines Granulationsgewebes und Fibroblastenwucherung mehr in den Vordergrund. Das Wismutpräparat selbst bleibt verschieden lange am Orte der Applikation liegen; oft geschieht der Abtransport intrazellulär durch Phagozytose. E. Levin-Berlin.

Untersuchungen mittels einer radiochemischen Methode über die Zirkulation des Wismut im Organismus (Recherches par une méthode radiochimique sur la circulation du bismuth dans l'organisme), von I. A. Christiansen, G. Hevesy und S. Lomholt. (Cpt. rend. acad. des sciences, 1924, Bd. 178, Nr. 15, S. 1324.) Verff. haben die Resorptionsbedingungen, die Verteilung im Organismus und die Ausscheidung des Wismut an Kaninchen auf Grund einer Methode geprüft, bei der eine Wismutlösung mit einer isotopen radioaktiven Lösung (Radium E) vermischt wurde. Aus der nachweisbaren Menge radioaktiver Substanz wurde auf die vorhandene Menge an inaktivem Wismut geschlossen. Es ergab sich, daß das Wismut hauptsächlich durch den Urin ausgeschieden wird, und zwar ist der Gehalt doppelt so groß als in den Fäzes. Die im Urin ausgeschiedene Menge vermehrt sich im Verlauf der Behandlung, was sich bei den Fäzes nicht nachweisen ließ. Herz und Lungen erhalten nur wenig Bi, dagegen die Nieren ziemlich viel. In 50 ccm Blut fand man nur eine sehr geringe Menge. Die erhaltenen Resultate zeigen, daß das Wismut ähnlich dem Quecksilber wegen seiner langsamen und unregelmäßigen Resorption nur mit großer Vorsicht gegeben werden darf, wenn man der Gefahr einer Intoxikation begegnen will. M. Gumpert-Berlin.

Nierenbefunde bei Behandlung der Lues mit Wismutpräparaten, von A. Fischer, Hautabt. Heilanst. Klosterneuburg, Wien. (W. kl. W., 1924, Nr. 27, S. 674.) Von 102 intramuskulär mit Bi (meist Bismogenol) behandelten Fällen zeigten 88 Sedimentstörungen, von 21 intravenös mit Bi 5 gespritzten Fällen nur 8 diese Erscheinungen. Albumin wurde nur in 11 der Fälle in Spuren nachgewiesen. Die Sedimentstörungen zeigten sich im Auftreten von verfetteten und intakten Nierenepithelien wie Zellzylindern in wechselnder Menge. Das Auftreten des pathologischen Sedimentbefundes erfolgte ungefähr bei der 10. Spritze, ist aber wohl durch kumulative Wirkung ausgelöst. Nach 3 Monaten Sedimentbefund bei allen Pat. normal. Bei der Wiederholungskur nur bei 5 von 8 Fällen Sedimentstörung und auch bei diesen in geringerem Maße als das erste Mal. Klinische Äquivalente fehlten immer. F. M. Peter-Hamburg.

Digitized by Google

Zur Klinik der intravenösen Wismutbehandlung, von F. Mras, Hautabt. Heilanst. Klosterneuburg, Wien. (W. kl. W., 1924, Nr. 29, S. 724.) Verwendet wurde Tribismuthyltartrat nach Giemsa und Weise. Nach Vorversuchen mit geringeren Dosen bei 23 Fällen dreimal wöchentlich intravenöse Injektionen von 10 ccm der 0,6%igen Bi-Lösung oder der gleichen Dosis in Form einer 1%igen Bi-Lösung. Reichliche Spirochäten verschwanden nach der 1.—5. Injektion. Makulöse Exantheme traten teils vorübergehend auf, teils schwanden sie rasch nach der 1. Injektion oder verhielten sich refraktär. Prompter Erfolg bei Schleimhautpapeln. WR im Serum während oder nach der 1. Kur negativ oder langsam fallend. Im allgemeinen gute Verträglichkeit. Regelmäßiges Auftreten von Bismutsäumen am Zahnfleisch. Dabei Neigung zu Stomatitis. Sedimentstörungen geringer als bei Fällen, die mit intramuskulären Bismutinjektionen behandelt wurden. R. Ley-Kreuznach.

Über die Einwirkung von Bismogenol und Spirobismol auf die Spirochaeta pallida mit Bemerkungen über den Bismutnachweis im Urin, von J. A. de Moraes Cardoso, Derm. Univ.-Kl. Breslau. (Kl. W., 1924, Nr. 3, S. 1374.) Die Spirochäten verschwinden aus den oberflächlichen Effloreszenzen schneller nach Wismutinjektionen als nach Hg, und zwar ebenso rasch wie nach Salvarsan. Sie sind in den Herden schon vor der klinischen Abheilung derselben nicht mehr nachweisbar. Die Versuche des Verf. haben ergeben, daß das Spirobismol schon innerhalb der ersten 72 Stunden nach der ersten Infektion ein Schwinden der Spirochäten veranlaßt, während dies nach Bismogenol erst nach 2—3 Injektionen eintritt. Nach der Wismutinjektion tritt zunächst wie beim Salvarsan eine Vermehrung der Spirochäten ein, die beim Spirobismol sehr schnell erfolgt, beim Bismogenol dagegen langsam. Im Urin gelingt der Wismutnachweis nach der Spirobismolinjektion sehr rasch, nach dem Bismogenol dagegen wesentlich später. E. Langer-Berlin.

Die Wirkung der Malaria in Verbindung mit spezifischer Behandlung auf die syphilitischen Erkrankungen des Zentralnervensystems und der Gehirnerven sowie die Beeinflussung der liquorpositiven, von Nervensymptomen freien Fälle durch diese Therapie im präventiven Sinne, von G. Scherber und O. Albrecht, Abt. f. Hautkh. u. Ambulatorium f. Nervenkh. d. Krankenanst. „Rudolfstiftung" in Wien. (M. Kl., 1924, Nr. 37, S. 1285—1287; Nr. 38, S. 1326—1327.) Gegenüber anderen Fiebermitteln zeichnet sich Malaria durch größere Gleichmäßigkeit bzgl. Fieber und Leukozytoseerzeugung aus. Man läßt gewöhnlich 7—8mal fiebern, nach dem 10.—12. Anfall wurde gewöhnlich unterbrochen. Bei älteren Personen ist große Vorsicht bzgl. des Herzens erforderlich. Günstige Beeinflussung von Paralyse und auch von einigen Tabesfällen. Bei von Nervensymptomen freien Syphilisfällen mit ausgesprochen positivem Liquorbefund trotz energischer spezifischer Behandlung werden durch die kombinierte malariaspezifische Behandlung normale Befunde oder wesentliche Besserungen erzielt. Dadurch wird die Aussicht auf Einschränkung späterer klinischer Erkrankungen des Z.N.S. verbessert. E. Levin-Berlin.

Tagesgeschichtliche Nachrichten.

Ernannt: Prof. G. Mariani in Cagliari zum Vorstand der dermatologischen Klinik an der neugegründeten Universität in Bari;

Dr. Emanuel Freund in Triest und Dr. Pietro Tarchini, I. Assistent der dermatologischen Klinik in Bologna, zu Dozenten mit dem Titel Professor;

Dr. Adolf Méska, Assistent der dermatologischen Klinik in Preßburg, zum Primararzt der dermatologischen Abteilung im neuen Staatsspitale zu Kaschau.

Gestorben: Dr. Léon Cheinisse in Paris;

Dr. Charles James Pentland, Röntgenolog am Western Skin Hospital in London.

R.

Nachdruck (auch des Abschnittes „Tagesg. Nachr.") ist ohne Genehmigung des Verlegers nicht erlaubt.

Verantwortlich für die Redaktion: für Originalabhandlungen und T. N.: Prof. Dr. J. H. Rille, Leipzig. Für den Referatenteil: Dr. M. Unna, Hamburg-Bergedorf.

Digitized by Google

Dermatologische Wochenschrift

Nr. 5 (Bd. 80) 31. Januar 1925

Ichthoxylum. Ein neues Heilmittel.

Von

Prof. Dr. Fr. Šamberger in Prag.

Es wird aus Ichthyol dargestellt. Ichthyol ist die Unnasche Benennung für Ammonium sulfoichthyolicum. Gemeinschaftliche Basis aller sog. Ichthyolpräparate ist das rohe Ichthyolöl, welches durch trockene Destillation bituminöser Schiefer und der darin enthaltenen fossilen Fischreste gewonnen wird. Die namhaftesten Destillationsanlagen und Schieferlager befinden sich in Seefeld in Nordtirol. Durch Einwirkung konzentrierter Schwefelsäure auf das Ichthyol entsteht die Sulfoichthyolsäure, aus der die entsprechenden Salze, wie das Natrium-, Ammonium-, Kalzium-, Lithium-, Zink- und Quecksilbersalz dargestellt werden.

Unna war es, der zuerst die Ammonsulfoichthyolsäure als äußerlich angewendetes Heilmittel gegen Hautkrankheiten benutzte und, wie ich schon vorher erwähnte, sie kurz Ichthyol benannte. Es lockte ihn der in der Substanz enthaltene und in eigentümlicher Weise gebundene Schwefel. Aus diesem Grunde wandte er das Ichthyol zunächst bei jenen Hautkrankheiten an, bei denen bisher Schwefel indiziert war, also vor allem bei Psoriasis und Ekzem. Das Mittel bewährte sich. Später versuchten verschiedene Forscher das Ichthyol gegen die verschiedensten entzündlichen Erkrankungen und fanden, daß es ein vorzügliches Antiphlogistikum sei. So empfahl v. Nussbaum das Ichthyol gegen Erysipel, andere gegen Furunkel. In der Gynäkologie bürgerte es sich als ausgezeichnetes Heilmittel bei entzündlichen Adnexerkrankungen ein. Bei Männern bewährte sich das Ichthyol bei Entzündungen der Prostata und des Nebenhodens. Allmählich erkannte man auch den Wert des Ichthyols bei Typhus abdominalis, Ozäna, Otitis media usw. Ein Beweis, daß es ein hervorragendes Antiphlogistikum vorstellt.

Es zeigte sich aber, daß sich das Ichthyol auch bei einer ganz anderen Krankheitsgruppe bewährt; daß es auch Krankheiten, die nur im gestörten Blutumlauf ihren Ursprung haben, zur Heilung bringt, wie Rosazea, Pernionen, Akrozyanose junger Individuen usw. Und zwar nicht nur durch Lokalapplikation, sondern auch per os. Sogar Arteriosklerotikern bringt es, innerlich verabreicht, Linderung.

Über das therapeutisch wirksame Prinzip des Ichthyols herrscht bisher keine Klarheit. Unna sah in ihm lediglich ein vorzügliches Reduktionsmittel. Als es sich jedoch herausstellte, daß es sich bei mikrobiellen Entzündungen bewähre, da dachte man an seine eventuelle antiseptische Wirkung, insbesondere als Abel feststellte, daß selbst schwache Ichthyol-

Digitized by Google

lösungen in kürzester Zeit Streptokokken abtöten. Doch genügte keineswegs mehr die Erklärung von der antiseptischen Wirkung des Ichthyols, nachdem festgestellt wurde, daß selbst stark konzentrierte Ichthyollösungen weder Staphylokokken noch Typhusbazillen noch manche andere Mikroorganismen abzutöten vermögen, ja, als es sich im Gegenteil zeigte, daß man Ichthyol lediglich in reinem Zustande oder höchstens auf 50 % verdünnt aufbewahren dürfe, um eine Vermehrung von Staphylokokken in ihm zu verhüten. Trotzdem bringt jedoch Ichthyol die Staphylokokkeninfektionen ausgezeichnet zur Heilung.

Hieraus ist ersichtlich, daß wir die ursprüngliche Theorie, nach welcher die antiphlogistische Wirkung des Ichthyols durch die antiseptischen Eigenschaften desselben erklärt wird, nicht aufrechterhalten können, und dies um so weniger, da wir heute wissen, daß es ein ebenso vorzügliches Heilmittel gegen jene Gruppe von nicht entzündlichen Krankheiten vorstellt, die nur durch Vasoparese verursacht werden.

Ich glaube, es ist mir gelungen, eine neue Theorie über die therapeutische Wirkung des Ichthyols aufzustellen. Diese neue Theorie hat viel Wahrscheinlichkeiten für sich, da ich mit derselben sowohl die antiphlogistische wie auch die günstige Heilwirkung des Ichthyols bei Krankheiten, die allein aus erschwertem Blutkreislauf hervorgegangen sind, erklären kann.

Ich ging von meiner Ansicht über Entzündung aus: soll eine Entzündung entstehen, muß das Hautgewebe beschädigt sein; dies ist das primum necessarium. Aber die Beschädigung des Gewebes allein genügt nicht, da sie nur eine aktive Hyperämie hervorruft, durch die der Organismus der Beschädigung entgegenzuwirken trachtet. Ich nenne diese Hyperämie eine präinflammatorische und behaupte, daß dieselbe ebenso wie die Hyperämie der Haut durch die respiratorische Selbsthilfeaktion (in CO_2-Bädern zum Beispiel) bewirkt und bestimmt wird. Denn in dieser Selbsthilfeaktion hat die Haut vor allem ihre Blutkapillaren zur Disposition, mittels welcher sie das zur Reparation nötige Material (vor allem den Sauerstoff) erlangen kann. Wir sehen auch, daß, solange die Blutkapillaren für die Zufuhr genügenden Reparationsmaterials zu der bedrohten Stelle ausreichen, es nur zur Hyperämie kommt, nicht aber zu einer Entzündung. Die Erscheinungen, welche wir mit dem Sammelnamen Entzündung belegen, treten an einer bestimmten Stelle erst dann auf, bis die Blutkapillaren dieser Stelle zu erschlaffen beginnen, bis der Blutstrom in ihnen sich verlangsamt. Deswegen kommt es im beschädigten Gewebe so frühzeitig und regelmäßig zu Entzündungen bei Menschen mit erschlafften, schwachen Blutkapillaren, die z. B. durch Diabetes, Nephritis, Alkoholismus usw. vergiftet sind. Und deswegen tritt sie auch so rasch nach mikrobiellen Schäden auf, denn die Natur rüstete die Mikroben mit Toxinen aus, welche vor allem die Funktion der Blutkapillaren schädigen und den attakierten Organismus seiner wirksamsten Schutzwaffe berauben können, wie wenn eine Armee bestrebt ist, des Gegners Transportwege — Straßen und Bahnen — zu vernichten.

Das Nachlassen der Tätigkeit der Blutkapillaren ist also die zweite unumgängliche Bedingung für einen entzündlichen Prozeß — secundum necessarium.

Digitized by Google

Und dieses Phänomen, diese erschlaffende, oder gar schon erschlaffte Tätigkeit der Blutkapillaren ist eine integrierende, ja geradezu fundamentale Komponente des Entzündungsprozesses, sowie auch die Grundursache der obenerwähnten Hautaffektionen, die allein in der Hämostase ihren Ursprung haben.

Das Ichthyol kann demnach als vorzügliches Antiphlogisticum und als ausgezeichnetes Heilmittel gegen Erkrankungen, welche durch einfache Hämostase verursacht werden, die den beiden genannten Krankheitsgruppen gemeinschaftlichen Störungen des Blutumlaufes günstig beeinflussen. Es kann die stockende Zirkulation des Blutes in den Kapillaren regulieren und beschleunigen.

Das Ichthyol ist also nach meiner Theorie ein kapillartonisches Mittel.

Welcher Bestandteil der Träger dieser Eigenschaft ist, weiß ich nicht. Ich vermute nur, daß er von den fossilen Fischresten des bituminösen Schiefers herstammt.

Sobald ich zu dieser Ansicht gelangte, wurde mir sofort klar, warum das Ichthyol so günstig auch auf frische Verbrennungen einwirke, warum verbranntes Gewebe sich so rasch durch seine Anwendung belebe, und ich dachte darüber nach, in welcher Weise seine therapeutische Wirkung nach dieser Auffassung hin sich noch verstärken ließe.

Da wir nicht wissen, an welche chemische Verbindung im Ichthyol seine kapillartonische Eigenschaft gebunden ist, wäre es unmöglich, seine Wirksamkeit durch Isolierung dieses Bestandteiles erhöhen zu wollen.

Ich ging also einen anderen Weg. Der Sauerstoff ist zur Erhaltung des Lebens das allernotwendigste. Ohne ihn gibt es kein Leben. Die Blutkapillaren bringen den Sauerstoff dem Gewebe zu. In normalem Zustande versorgt sich das Gewebe mit Sauerstoff nur so weit, als es ihn gerade benötigt. Ist das Gewebe jedoch in irgend welcher Weise beschädigt, wird sofort sein Bedarf an Sauerstoff größer. Deswegen kommt es zur Dilatation der Kapillaren und zur Beschleunigung des Blutumlaufes in ihnen (präinflammatorische Hyperämie). Sobald die Blutkapillaren zu erschlaffen beginnen, tritt in ihrem Bereiche Sauerstoffmangel ein, und der Sauerstoffbedarf wird um so dringender, je mehr Sauerstoff das beschädigte Gewebe brauchen möchte und je mehr die Blutkapillaren selbst seiner benötigen, um die gesteigerte Arbeit, die von ihnen das beschädigte Gewebe verlangt, voll leisten zu können.

Wenn demnach das Ichthyol allein imstande ist, die erschlafften Blutkapillaren zu beleben und dadurch die Verhältnisse im entzündeten Bereiche zugunsten des Organismus zu verbessern, um wieviel wirksamer müßte ein Medikament sein, welches dem gefährdeten Herde neben Ichthyol auch Sauerstoff zubringen möchte. Der Sauerstoff würde ja nicht nur die Blutkapillaren noch mehr beleben als Ichthyol allein, sondern auch das in den Papillarschlingen der Haut enthaltene Blut könnte sich mit ihm leicht sättigen, wodurch dann der Sauerstoff zu den bedrohten Gewebszellen des entzündeten Krankheitsherdes gelangen und sie zur Abwehr stärken könnte. Wenn also das Ichthyol allein ein gutes Antiphlogistikum ist, um wieviel mehr müßte ein Heilmittel, aus Ichthyol und Sauerstoff bestehend, besser sein. Ähnlich bei durch Hämostase verursachten

Digitized by Google

Erkrankungen. Wenn das Ichthyol allein die Blutzirkulation bei Rosazea, Frostbeschädigungen, bei Akrozyanose usw. zu verbessern vermag, so müßte Ichthyol mit Sauerstoff kombiniert dieser Aufgabe noch viel besser entsprechen.

Wenn es also möglich wäre, das Ichthyol mit Sauerstoff derart zu verbinden, daß beide sich freie Aktivität im neuen Präparate erhalten könnten, so müßte in allen Fällen, in denen wir bisher Ichthyol verabreichten, das neue Medikament sich weit besser bewähren als Ichthyol allein. Und vielleicht könnte man für das neue Präparat sogar neue Indikationen finden.

Diese Idee legte ich den leitenden Chemikern unserer Fabrik „Pragochemia" vor. Sie bemühten sich erfolgreich um die Realisation meiner Idee, und es gelang ihnen nach vielfachen Versuchen, das käufliche Ichthyol von öliger Konsistenz in ein wasserfreies Pulver zu verwandeln, welches garantiert sämtliche wirksamen Bestandteile des flüssigen Ichthyols besitzt. Gleichzeitig wurde aber dem neuen Präparate Sauerstoff einverleibt, und zwar in einer Form, die unter bestimmten Umständen seine Abspaltung leicht ermöglicht, so daß er gemeinsam mit Ichthyol in seiner wirksamsten Modifikation, daß ist in statu nascendi, in Heilwirkung treten kann.

Das neue Präparat entstand demnach keineswegs durch Oxydation des Ichthyols, denn dadurch wäre ja seine Konstitution geändert und seine Wirksamkeit gefährdet worden, ferner wäre der Sauerstoff so fest gebunden, daß auch seine Aktivität problematisch geworden wäre. Im neuen Präparat haben wir also Ichthyol und Sauerstoff nebeneinander, so wie meine Idee es theoretisch verlangte.

Das Präparat benannte ich Ichthoxylum, damit aus dem Namen sein Wesen bestens ersichtlich sei. Es ist ein lichtbraunes Pulver, in Wasser gänzlich, in Alkoholäther teilweise löslich.

Ich benutzte mein neues Medikament bereits bei einer Reihe von Kranken der Klinik und auch in der Privatpraxis, wobei es sich ausgezeichnet bewährte. Die durch das Ichthyol erreichbaren Erfolge sind mit den mit Ichthoxyl erzielten nicht zu vergleichen. Ich will nicht durch ausführliche Krankengeschichten meine Arbeit belegen, ich werde nur die Krankheiten anführen, bei welchen sich mir Ichthoxyl bewährt hat und in welcher Form.

1. Erysipelas. Als Vorstand der Erysipelasabteilung im Prager Allg. Krankenhause konnte ich das Ichthoxyl bei allen Zuwüchsen applizieren und habe den Eindruck gewonnen, daß der Einfluß des Ichthoxyls auffallend und größer ist als der des früher benutzten reinen Ichthyols. Die Temperatur sinkt gleich den 2. Tag oder sehr bald zur normalen. Die Schmerzempfindung der gespannten Haut verschwindet gleich nach der Applikation des Ichthoxyls, und die Kranken haben während des ganzen Krankheitsverlaufs keine subjektiven Beschwerden. Auch die Kopfschmerzen verschwinden selbst in solchen Fällen, wo der Prozeß noch an die Umgebung übergreift. In 1 Woche ist die Mehrzahl der Kranken geheilt. Nur bei Alkoholikern und phlegmonösen Formen dauert es länger, aber auch hier ist der Einfluß des Ichthoxyls auffallend. Namentlich die inzidierten phlegmonösen Abzesse des Erysipels reinigen sich unter Ichthoxyl außerordentlich rasch und heilen ab.

Digitized by Google

Die Applikationsweise des Ichthoxylums auf Erysipel ist folgende: Zum Ichthoxylpulver wird allmählich so viel destilliertes Wasser hinzugetropft, bis ein Brei von dichtöliger Konsistenz, ungefähr wie das käufliche Ichthyol, entsteht. Damit bestreichen wir den Krankheitsherd sowie ein Stück der gesunden Umgebung in dicker Schicht (ungefähr ein Messerrücken). Diesen Anstrich bekleben wir mit minimalen Flocken von Wundwatte. Der Anstrich klebt damit zusammen und hält dann fest ohne besonderen Verband. Falls sich irgendwo ein neuer Streifen von Erysipel zeigen sollte, bestreichen wir auch ihn sofort mit frischem Ichthoxylumbrei. So können wir auch Krankheitsflächen behandeln, die sich ins Haar ausbreiten. Auch bei Frauen. Dieselbe Behandlung können wir bei bullösen und vesikulösen Formen anwenden. Ohne Befürchtung bestreichen wir mit Ichthoxylum entblößte Exkoriationen nach Blasen. Was die Quantitäten anbelangt, genügen etwa 15 g Ichthoxylpulver zum Bestreichen des ganzen Antlitzes — Wange, Nase, Kinn und Stirn. Für diese Menge von Pulver braucht man 9,5 ccm destilliertes Wasser.

Man verschreibt also den Patienten etwa 25 g Ichthoxyli, am besten in einer Originalflasche, und außerdem etwa 30 g Aqua destillata in einem Tropfglas. Das Pflegepersonal schüttet aus dem Fläschchen die nötige Menge des Pulvers ab und tropft von dem Wasser so viel, bis ein dichtöliger Brei entsteht. Der Anstrich wird so lange liegen gelassen, bis er von selbst abfällt. Nur wenn der Patient schon viele Tage apyretisch wäre, so daß er entlassen werden könnte, und der Anstrich würde noch festhaften, kann man ihn sehr leicht mit lauem Wasser abwaschen.

2. Furunculus. Ich habe schon viele Fälle mit Ichthoxyl ohne operativen Eingriff geheilt. Die beginnenden Fälle heilen abortiv ab; die schon entwickelten hören bald auf zu schmerzen und heilen in einigen Tagen ab. Am besten wirkt da das Ichthoxyl als Brei. Der Furunkel wird mit Brei bedeckt und kleine Wattebäuschchen darauf gelegt. Dieser Anstrich hält an jeder Körperstelle fest, wodurch der Verband überflüssig wird, was manchmal unschätzbare Vorteile bietet. Bei beginnendem Furunkel genügt gewöhnlich ein einziger Anstrich, der liegen bleibt, bis er von selbst abfällt (5—7 Tage). Bei vollentwickelten und durchgebrochenen Furunkeln wird der Anstrich nach 2—3 Tagen gewechselt. Der alte Anstrich wird leicht durch heißes Wasser abgelöst und der neue gleich aufgelegt.

3. Hidrosadenitis axillaris. Behandelte ich in 2 Fällen mit Ichthoxyl.

Im 1. handelte es sich um einen 53 Jahre alten Mann. Er hatte in der linken Achselhöhle nach Skabies 4 haselnußgroße typisch-akut entzündete Knoten. Ich habe die Achselhaare entfernt und so wie bei Furunkel Ichthoxylbrei angelegt, der nach 2—3 Tagen gewechselt wurde. Nach 8 Tagen Heilung.

Im 2. Falle hatte ein 16jähr. Mädchen 3 akut-entzündliche Knoten in der linken Achselhöhle. Auch diese verschwanden nach 3 maligem Ichthoxylbreiwechsel binnen 10 Tagen. In beiden Fällen war weder Inzision noch Verband notwendig.

4. Epididymitis gonorrhoica. In einer bis jetzt kleinen Anzahl dieser Fälle bewährte sich Ichthoxyl fast als Spezifikum. Die Haut oberhalb des befallenen Nebenhodens wurde wie bei Erysipel mit Ichthoxylbrei bedeckt. Die Schmerzen hörten fast sofort auf, das Fieber sank den nächsten Tag, und die Schwellung ging rapid zurück.

Digitized by Google

5. Ulcera cruris. Ich habe mit Ichthoxyl Unterschenkelgeschwüre verschiedenen Ursprungs behandelt. Variköse, tuberkulöse (nach Bazinschem Erythem), syphilitische (aus zerfallenen Gummen). In allen Fällen hat sich Ichthoxyl bewährt. Ich gebe hier 10%ige Ichthoxylvaseline oder auch Ichthoxylbrei.

6. Ulcera post Röntgen. Nach keinem von den bestehenden Mitteln sah ich so eine schnelle Reinigung und Überhäutung dieser torpiden Geschwüre wie nach Ichthoxyl, obwohl sich zwischen meinen Kranken Fälle mit oberflächlichen, aber auch mit ziemlich tiefen Geschwüren befinden. Das Schmerzgefühl verschwindet nach Ichthoxyl entweder überhaupt, oder ist stark vermindert. Am häufigsten verordnete ich 10%ige Salbe, manchmal auch Ichthoxylbrei. Bei einem sonderbar tiefen und schmerzhaften Röntgenulkus verordnete ich abwechselnd Ichthoxyl-Salbe und heiße Hypermanganumschläge.

Ein Kollege, der an chronischer, Jahre dauernder Berufsröntgendermatitis leidet und trockene brüchige Haut hat, ist sehr zufrieden, daß nach Ichthoxyl-Salbe die Haut an den Fingern viel geschmeidiger, nicht mehr so brüchig sei, und daß die Bewegungen der Finger viel leichter seien als vorher.

Die Reihe der mit Ichthoxyl behandelten Fälle schließe ich mit dem folgenden ab:

Am 5. III. wurde auf die Klinik ein 23jähr. Mann mit abgefrorenen Beinen aufgenommen. Die untere Hälfte beider Unterschenkel und Füße war ziemlich geschwollen. Die Haut bis zu den Knöcheln rot-violett, an den Füßen blau-violett verfärbt mit vielen hämorrhagischen Blasen. Temperatur 39°. Es wurde Ichthoxylbrei verordnet.

Am 6. III. Patient ohne Schmerzen. Temperatur 38,1—39°.

8. III. Zyanose der Unterschenkel und Fußrücken verschwindet. Die Finger vollkommen schwarz verfärbt. An den Lungen tritt eine Bronchopneumonie auf.

10. III. In der Mitte der Fußrücken beginnt die Demarkation.

18. III. Die Demarkation vollendet. Die Demarkationsfläche ist zum größten Teil mit frischen Granulationen bedeckt. Patient wird zur Operation transferiert. Die Demarkation der Gangrän vollendet sich unter dem Einfluß des Ichthoxyls binnen 13 Tagen, die Demarkationsfläche deckte sich in dieser kurzen Zeit mit so frischen Granulationen, daß man über den guten Einfluß des Ichthoxyls auch in diesem Falle nicht zweifeln kann, desto eher, da das Allgemeinbefinden des Kranken durch die Bronchopneumonie gestört war.

Die bisherigen Erfahrungen bestätigen also meine ursprüngliche Ansicht, daß das Ichthoxyl ein Heilmittel ist, welches die Funktion der Blutkapillaren und der Abwehrelemente des entzündlichen Infiltrates steigern kann. Das Ichthoxyl als Heilmittel ist am Platze dort, wo die gesteigerte Funktion der genannten Elemente nötig ist. Irgend eine unangenehme Eigenschaft konnte ich nicht feststellen. Die Haut wurde in keinem Fall gereizt. Das Ichthoxyl ist ohne Geruch, und seine Spuren an der Wäsche werden beim Waschen leicht entfernt.

Digitized by Google

Aus der dermatologischen Klinik (Vorstand: Prof. C. Kreibich) und der I. medizinischen Klinik (Vorstand: Prof. R. Schmidt) der Deutschen Universität in Prag.

Über eine eigenartige Dermatose bei Polycythaemia rubra.

Von

Dr. Erwin Pick und Dr. Paul Kaznelson.

Mit 1 Abbildung im Text.

Die Hauterscheinungen, welche bei Polycythaemia rubra beobachtet werden, bestehen in einer intensiven bläulichroten Verfärbung der Haut und der sichtbaren Schleimhäute, die durch die prall gefüllten, besonders in ihrem venösen Schenkel erweiterten Kapillaren bedingt ist. Entzündliche, mit der Polyglobulie in ursächlichem Zusammenhang stehende Dermatosen sind bisher nicht bekannt geworden; in letzter Zeit hat Werther ein pruriginöses Ekzem bei gleichzeitiger Polyglobulie vorgestellt, ohne jedoch, soweit aus der kurzen Mitteilung hervorgeht, eine ätiologische Beziehung zwischen Blutveränderung und Hautaffektion anzunehmen. Im folgenden soll über einen Fall berichtet werden, der uns sowohl wegen seiner Seltenheit als auch hinsichtlich der sich dabei ergebenden pathogenetischen Zusammenhänge bemerkenswert erscheint.

Anton Ch., 48jähr. Sattler, aufgenommen am 16. X. 1923.

Anamnese: Die Hauterkrankung begann vor 7 Jahren mit dem Auftreten kleiner Knötchen im Gesicht, später Übergreifen auf den behaarten Kopf, Brust und Rücken, schließlich auch Extremitäten. Der Ausschlag juckt zeitweise, besonders wenn Pat. schwitzt oder aus der Kälte in einen warmen Raum kommt. Seit seiner Jugend sah Pat. stets gesund und blühend aus. Mitte 1916 hänselten ihn seine Kameraden oft, daß er wohl Schnaps trinke, da er im Gesicht ständig rot sei. Damals war Pat. noch beschwerdefrei. Oktober 1916 machte Pat. harte Kriegsstrapazen mit und leidet seither an Herzklopfen und Schmerzen in der Herzgegend, die in den linken Arm oder Rücken ausstrahlen. Es traten auch Blutwallungen zum Kopfe, Klopfen in den Schläfen, starkes Summen im Kopfe auf. Ende 1916 fieberhafte Gelenkentzündung mit Anschwellungen und Schmerzen in den Gelenken. Auch die Herzbeschwerden nahmen in den folgenden Jahren zu. 1918 trat dann die Hautaffektion auf. 1921 soll der Harn öfter blutigrot gewesen sein. Der konsultierte Arzt stellte eine Nierenentzündung fest. Seit 1922 bestehen auch zeitweilig starke Magenbeschwerden: Krampfartige Schmerzen nach dem Essen, Sodbrennen, Aufstoßen. Als Kind Scarlatina. Kein Potus. Wenig Nikotin. Venerische Infektion negiert. Familienanamnese o. B.

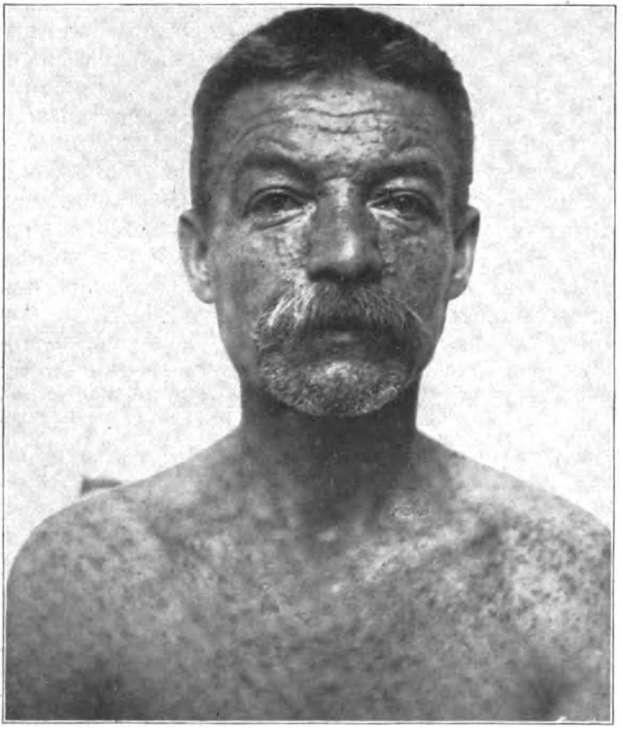
Dermatologischer Status praes.: Der Pat. weist eine Hauterkrankung auf, deren Primäreffloreszenz eine unter leichtem Jucken auftretende, rosarote, urtikarielle, bis linsengroße Papel ist, welche im weiteren Verlaufe einen bräunlichroten Farbenton annimmt und sich in der Mitte zu einem Bläschen oder einer Pustel umwandelt; nach einigen Tagen erfolgt Krustenbildung und Ausheilung mit Pigmentierung oder zarter Narbe. Effloreszenzen aller Stadien nebeneinander sichtbar, diffus verstreut, nicht konfluierend; während des Spitalsaufenthaltes kann das Aufschießen zahlreicher frischer Herde fast täglich beobachtet werden. Lokalisation: Am stärksten befallen ist das Gesicht, der behaarte Kopf, Nacken und Schultern, wo die Effloreszenzen in dichter Aussaat vorhanden sind; spärlicher sind sie auf Bauch und Gesäß, am wenigsten befallen sind die Extremitäten, doch gibt es keine Hautstelle, die nicht ergriffen werden könnte; so wurden vereinzelte Herde auf den Fingern, Handtellern, Penis, Skrotum beobachtet. Die Erscheinungen sind von verschiedener Intensität, zeitweise so stark, daß Teile des Gesichtes oder des behaarten Kopfes von zahlreichen dicht nebeneinander stehenden Pusteln bedeckt sind, und eine eitrig sezernierende Fläche darstellen. Im übrigen wäre

Digitized by Google

eine auffallende Rötung des Gesichtes und der Konjunktiven zu erwähnen, außerdem erscheint das Gesicht durch Verdickung der Haut eigenartig gedunsen. Spärlicher Bartwuchs, starke Pigmentierung der Mamillen, des Scrotums und der Linea alba. Auffallend kleine Hoden. WR negativ.

Die histologische Untersuchung einer papulösen Effloreszenz ergibt das Bild der unspezifischen Entzündung mit Bevorzugung der Follikelumgebung.

Die Aufnahme des internen Status ergibt: Schleimhäute sind intensiv gerötet und zeigen eine leicht bläuliche Komponete in ihrer Verfärbung. Die Haut zeigt die oben beschriebenen Veränderungen. An beiden Halsseiten supraklavikular zahlreiche bis bohnengroße, derbe, leicht verschiebliche, nicht schmerzhafte Drüsen. Kleinere Drüsen auch in axillis und in inguine. Lunge o. B. Cor: Herzspitzenstoß in der vorderen Axillarlinie im 5. Interkostalraum breit und deutlich hebend. Perkutorisch keine besondere Veränderung; auskultatorisch sehr laute, reine Herztöne. Puls zeigt etwas erhöhte Spannung, sonst o. B. Milz ist bis einen Querfinger unterhalb der Nabellinie vergrößert. Nervensystem o. B. Im Harn ist Eiweiß schwach positiv, Zucker negativ, Urobilinogen positiv, Diazo negativ. Blutdruck anfangs erhöht, bis 140 mm nach Riva-Rocci, sinkt allmählich ab bis auf 120 und darunter. Der Blutbefund ergibt: Erythrozyten 8 720 000, Sahli 112, corr. 140, Färbeindex 0.80, Weiße 12 360, Promyelozyten 20 (0,2%), Myelozyten 20 (0,2%), Jungkernige 50 (0,4%), Stabkernige 1040 (8,4%), Segmentkernige 9830 (79,4%), Lymphozyten 690 (5,6%), Eosinophile 70 (0,6%), Mastzellen 200 (1,6%), Monozyten 420 (3,4%), Reizungsformen 20 (0.2%), Thrombozyten sehr reichlich, vereinzelt Polychromasie. Retraktion des Blutkuchens positiv, aber auffallend wenig Serum.



Wegen der Magenbeschwerden wird auch eine Magenuntersuchung vorgenommen: Die Säurewerte betragen nach Probefrühstück: HCl 34, Gesamtazidität 52. Die Röntgendurchleuchtung ergibt eine Nische, und zwar nicht an der kleinen Kurvatur, sondern den seltenen Sitz an der großen Kurvatur. Es handelt sich also um ein Ulkus der großen Kurvatur (nach Alkalibehandlung verschwinden Beschwerden und auch die Nische im Röntgenbilde).

Eine Einreihung der vorliegenden Dermatose in ein bekanntes Krankheitsbild war nicht ohne weiteres möglich; am ehesten ließen sich noch Beziehungen zur Acne rosacea herstellen, insbesondere wegen der kongestiven Symptome, die ja für die Pathogenese der Acne rosacea von wesentlicher Bedeutung sind; doch konnte die Annahme einer universellen Acne rosacea nicht befriedigen, worauf später noch eingegangen werden soll. Erst

Digitized by Google

die Feststellung der Polyzythaemie brachte eine Klärung. Sie ließ an ätiologische Beziehungen zwischen der Hauterkrankung und der Blutveränderung denken. War unsere Annahme eines ursächlichen Zusammenhanges zwischen der Dermatose und der Polyglobulie richtig, so mußte es gelingen, durch Herabsetzung der Erythrozytenzahl eine Besserung bzw. Heilung der Hautaffektion herbeizuführen. (Externe Therapie, Röntgen, Eigenserumbehandlung, Organotherapie hatten sich als wirkungslos erwiesen.)

Die souveräne Therapie der Erythraemie ist jetzt die Röntgenbestrahlung der Knochen mit relativ großen Dosen (PARKINSON als erster, dann LÜDIN, BÖTTNER, GUGGENHEIMER und andere). Es wird dadurch die Polyzythaemie in ihrer Grundlage angegangen, da durch die hohen Röntgendosen die Hyperplasie des Knochenmarks, das Hauptmoment in der Pathogenese der Polyzythaemie, gedämpft wird. Daß dies nicht allein der Mechanismus der Röntgenwirkung ist, wird die Untersuchung des Haemoglobinstoffwechsels, welche an unserem Falle von REIMANN und SCHIEBL durchgeführt wurde, zeigen. Unserem Patienten wurden in 2 Serien alle platten und Extremitätenknochen mit einer hart gefilterten Strahlung (0,5 mm Zink und 1,0 mm Al), welche eine Wirkung von 20% der Oberflächendosis in 10 cm Tiefe hatte, durchbestrahlt, wobei auf die Haut immer nur $^1/_2$ Erythemdosis gegeben wurde. Der Effekt auf das Blut war auch in unserem Falle ein sehr guter. In einigen Wochen sank die Zahl der Erythrozyten bis auf 340000, Sahli corr. 70. Der Milztumor wurde kleiner, die rote Verfärbung der Schleimhäute verschwand, und die jahrelang bestehende qualvolle Hautaffektion, die jeder Therapie, darunter auch der lokalen Röntgentherapie getrotzt hatte, heilte restlos aus.

Kurz zusammengefaßt handelte es sich demnach um einen Fall von Polyzythaemia rubra, bei welchem eine eigenartige entzündliche Dermatose bestand, welche sich gegenüber jeder Therapie refraktär verhielt und erst nach Beseitigung der Polyzythaemie zur Heilung gelangte. Der therapeutische Erfolg beweist einwandfrei die Abhängigkeit der Hautaffektion von der Bluterkrankung. Es wären nun die pathogenetischen Beziehungen zwischen beiden Prozessen zu erörtern. Wie bereits oben angedeutet wurde, konnte die Hauterkrankung in keines der bekannten Krankheitsbilder eingereiht werden, es bestand nur eine gewisse Ähnlichkeit mit Acne rosacea, einerseits mit Rücksicht auf das klinische Bild und andererseits in pathogenetischer Beziehung, da Kongestionszustände für das Zustandekommen der Erscheinungen eine besondere Bedeutung zu haben schienen. Da bei der Acne rosacea die kongestive Hyperämie des Gesichtes im Vordergrunde des klinischen Bildes steht und die pathogenetische Grundlage für das Auftreten der Effloreszenzen bildet, konnte man den vorliegenden Fall als universelle Acne rosacea auffassen; dabei ließ sich der Blutbefund zur Erklärung des universellen Auftretens heranziehen etwa in dem Sinne, daß bei Acne rosacea nur eine funktionelle Hyperämie der erkrankten Hautgebiete bestehe, während sich im vorliegenden Falle für die im ganzen Hautorgan bestehende Blutüberfüllung ein anatomisches Substrat in der großen Erythrozytenmenge nachweisen ließ. Bei näherer Betrachtung konnte jedoch diese Auffassung des Falles

Digitized by Google

nicht voll befriedigen, denn es ergab sich daraus die Frage, warum bei den zahlreichen Fällen von Polycythaemia rubra, die bisher zur Beobachtung gelangt sind, niemals eine analoge Hautaffektion wie bei unserem Falle aufgetreten war. Es mußte demnach zur restlosen pathogenetischen Analyse der Hautaffektion noch ein zweiter Faktor herangezogen werden; an dieser Stelle erscheint es von Wichtigkeit, darauf hinzuweisen, daß KREIBICH bei unserem Falle in exakten experimentellen Untersuchungen eine ungemein gesteigerte vasomotorische Erregbarkeit nachweisen konnte, und zwar zu einer Zeit, als die Bluterkrankung bei dem Patienten noch nicht festgestellt war. Die Haut des Patienten zeigte ein gesteigertes Reaktionsvermögen gegenüber Reizen aller Art; nach Höhensonne trat ein Bläschenekzem auf, nach Benzin- und Alkoholabreibungen anläßlich von Injektionen kam es zu einer nässenden Dermatitis der betreffenden Hautstellen. KREIBICH konnte in diesem Falle durch mehrmalige Reibung mit trockenem Gazetupfer je nach der Intensität des angewendeten mechanischen Reizes abstufbare Hautveränderungen erzeugen: Bei leichtester Reibung das Bild der akuten Bläschendermatitis, bei mehrmaliger leichter Reibung entzündliche erythematöse Rötung, bei starker Reibung Hyperaemie und Ödem mit Bildung nekrotischer Schorfe, wobei sich histologisch die Nekrose auch am Kutisbindegewebe feststellen ließ; dieser stärkste Grad wird von KREIBICH als urtikarieller Infarkt bezeichnet. Es kann keinem Zweifel unterliegen, daß diese gesteigerte vasomotorische Erregbarkeit beim Zustandekommen der Hautveränderungen von besonderer Bedeutung gewesen ist. Die Pathogenese der spontan entstandenen Hauteffloreszenzen möchten wir uns demnach folgendermaßen vorstellen: Auftreten einer urtikariellen Quaddel, infolge des starken Ödems Gefäßtamponade mit Anämisierung in den zentralen Anteilen der Knötchen, je nach der Intensität und Dauer dieses Zustandes entweder Restitutio ad integrum, eventuell mit Pigmentation, oder zentrale Nekrose mit Pustelbildung, Entwicklung von Kruste, Heilung mit Narbe; also im Wesen identisch mit dem urtikariellen Infarkt KREIBICHS. Wenn wir auf diese Weise die pathogenetische Deutung der Hautveränderungen mit dem klinischen Bilde und den experimentell gewonnenen Resultaten in Einklang bringen konnten, so sind wir bei Untersuchung der Ätiologie und der Beziehungen zwischen Bluterkrankung und Hautaffektion ganz auf rein hypothetische Erwägungen angewiesen, weshalb wir diesem Teil unserer Erörterungen keinen allzu breiten Raum einräumen möchten und nur unsere Gedankengänge kurz skizzieren wollen. Daß ein ursächlicher Zusammenhang zwischen der Polyzythaemie und der hochgradig gesteigerten vasomotorischen Erregbarkeit bestand, geht daraus hervor, daß letztere mit der Rückkehr normaler Erythrozytenwerte verschwand. Bezüglich der Frage, ob diese Erregbarkeitssteigerung zentraler oder peripherer Genese war, möchten wir uns zugunsten der ersteren Auffassung entscheiden, wobei sich vielleicht eine Übernährung der vasomotorischen Zentren etwa im Sinne einer Überladung mit Sauerstoff zur Erklärung heranziehen ließe; allerdings müßte erst der Nachweis erbracht werden, daß bei der Polyzythaemie den Organen mehr Sauerstoff zugeführt wird und daß dieselben dabei auch tatsächlich mehr Sauerstoff aufnehmen. Nun reicht diese Erklärung allein noch nicht aus, denn wenn dieser Zusammenhang ein so einfacher wäre,

Digitized by Google

so müßte es eben in allen Fällen von Polyzythaemie zu dieser Erregbarkeitsteigerung kommen, was nicht zutrifft. Wir müssen also annehmen, daß zwischen dem von der Polyzythaemie gebildeten Reiz und dem vasomotorischen Apparat ein Bindeglied gewirkt hat, welche diesen sonst unwirksamen Reiz wirksam werden ließ, und das als unbekannt bezeichnet werden muß; vielleicht eine Sensibilisierung des vasomotorischen Apparates etwa durch endokrine Faktoren, wofür im Status unseres Patienten gewisse Anhaltspunkte gegeben wären (Bartwuchs- und Pigmentanomalien, vorübergehende Besserung auf Testogan). Der Einfluß der Polyzythaemie auf die Vasomotoren wäre demnach nur ein indirekter, vermittelt durch einen nicht mit Sicherheit zu erfassenden Faktor, durch dessen Vorhandensein sich eben unser Fall von den sonstigen Polyzythaemiefällen unterschied. Die pathogenetische Kette hätten wir uns demnach folgendermaßen vorzustellen: Polyzythaemischer Reiz, davon unabhängige und gleichzeitige Sensibilisierung des vasomotorischen Apparates durch unbekannte Einflüsse, Erregbarkeitssteigerung, Hautaffektion.

Zusammenfassung: Es wird über eine eigenartige universelle Hauterkrankung bei Polycythaemia rubra berichtet, welche mit einer hochgradig gesteigerten vasomotorischen Erregbarkeit einherging; die chronische Affektion erwies sich gegenüber jeder Therapie als vollkommen refraktär und heilte erst mit der Rückkehr normaler Erythrozytenwerte, die durch Röntgenbestrahlung des Knochenmarkes erzielt wurde. Wir möchten für diese seltene Dermatose die Bezeichnung „Acne urticata polycythaemica" wählen, womit zum Ausdruck gebracht werden soll, daß es sich dabei um einen akneiformen, in seinem Wesen urtikariellen, mit Polycythaemia rubra in ursächlichem Zusammenhang stehenden Prozeß handelt.

Literatur.

Kreibich, Zum Wesen des Ekzems. Derm. W., 1924, Nr. 10. — Werther, Vereinigung Dresdner Dermatologen und Urologen. Zbl. f. Haut- u. Geschlechtskrkh., 1924, Bd. 14, S. 295.

Die chirurgische Behandlung des nicht heilenden Pruritus ani, zugleich ein Vorschlag zur radikalen Behandlung schwerster Formen von chronischem Ekzem.

Von

Dr. Ludwig Frankenthal, Chirurg in Leipzig.

Fast jeder Arzt hat über die Hartnäckigkeit mancher Form von Pruritus ani seine Erfahrungen gesammelt. Es ist selbstverständlich, daß man in erster Linie das Leiden als ein Symptom anderer Erkrankungen auffassen und daß man zur Ergründung der Ätiologie in jedem besonderen Falle ein Grundleiden festzustellen sich zunächst bemühen muß. Fast reflektorisch wird deshalb immer auf Diabetes, Ikterus, akute und chronische Nephritis, auf hochsitzende Hämorrhoiden, Analfissuren und Oxyuren gefahndet, auch an chronische Gastritis, vor allem auch an Karzinom des Magens oder des übrigen Intestinaltraktus, an chronische Kolitis,

Digitized by Google

chronische Obstipation, chronische Endometritis, Prostatitis, spezifische und nichtspezifische Urethritis, Prostatahypertrophie, hypertrophische Leberzirrhose und chronische Cholezystitis muß in diesem Zusammenhange gedacht werden. Weiß man doch heute ziemlich genau, daß die vier obersten Sakralsegmente, aus denen der für die Prurituszone kommende Nervus pudendus seine Fasern bekommt, über die Symphathikusneurome (Ganglia trunci sympathici) durch Vermittlung der Rami communicantes mit den spinalen Nerven der gesamten Becken- und Abdominalorgane in innigem Zusammenhange stehen, und es ist deshalb erklärlich, daß das Reizgefühl an irgend eine Stelle des Nervus pudendus verlegt werden kann. Unser Bewußtsein verlegt die Reizquelle auf jeden Fall in die Juckzone, für welche die vier obersten Sakralsegmente zuständig sind, ganz gleichgültig, ob wir es mit einer durch Druck, durch Zerrung, durch physikalische oder chemische Mazeration der Epidermis hervorgerufenen Reizung der Nervenendigungen zu tun haben, oder ob wir im Verlauf des langen Reizleitungssystems bis zu den Großhirnrindenzellen ihren Ursprung suchen müssen. Ravaut und Cottenot haben vor etwa einem Jahr einen Fall von Pruritus ani und rezidivierendem Herpes der Gesäßgegend bei einem Kyphoskoliotischen mitgeteilt, bei dem die Röntgenaufnahme eine Spina bifida des ersten Lendenwirbels ergab. Ohne Frage war in diesem Falle der Entstehungsort der Reizungen im Bereiche des Lendenmarks gelegen und der Analpruritus ist ohne weiteres verständlich. Den Pruritus ani, der in diese Gruppen gehört, müßten wir also als ein Symptom auffassen, und wir bezeichnen ihn am besten nach dem Vorschlag von Montague als indirekten Pruritus, während wir als direkten Pruritus den durch jede Art von traumatischer Reizung der kleinen Nervenendigungen in der Juckzone selbst entstandenen zu betrachten haben. Dieser traumatische Reiz ist vor allem im Kratzen gegeben, und diese Kratzeffekte führen zur chronischen, häufig auch zur infektiösen Dermatitis. Waren die Kratzeffekte bei einem indirekt erfolgten Pruritus (sekundär also) entstanden, so können sie von sich aus wieder reizend wirken, und es entsteht also die Kombination von indirektem und direktem Pruritus, oder besser, wir haben es mit einem Circulus vitiosus zu tun.

Die Ansicht von Murray, Terell und W. Bleach, wonach wir es beim Pruritus ani ganz generell mit einem spezifischen Erreger, den Streptococcus faecalis zu tun haben, der nach Bleach in den Analfalten sich zuerst ansiedeln soll, hat von deutscher Seite wenig Beachtung gefunden und ist auch durch nichts bewiesen. Terell glaubt an diese Infektion, und er erklärt sich das Zustandekommen des Pruritus dann so, daß das Gewebe durch den Infekt in den Zustand chronischer Entzündung versetzt wird, die in diesem Gewebsbezirk verlaufenden Nervenendigungen werden gereizt und dadurch entsteht der Juckreiz. Terell bringt diesen Vorgang in Analogie zu den großen Nerven, wo auf gleiche Weise das Schmerzgefühl ausgelöst wird. Er sagt, Pruritus und Schmerz sind pathologisch identisch. Auf Grund seiner Überlegungen hat Terell seine Fälle (etwa 100) mit Inzisionen und Drainage behandelt und will 50 vollständig geheilt haben.

Waldemar Th. Sack hat im Jahre 1922 über die psychogene Komponente des Pruritus und der pruriginösen Dermatosen berichtet.

Digitized by Google

Nach seiner Auffassung sind die Voraussetzungen für die pruriginösen Reizungen immer vorhanden, die Bedingungen für das Auftreten derselben sind besonders bei der neurotischen Disposition gegeben. SACK behandelt seine Patienten folgerichtig psychotherapeutisch (Suggestion und Hypnose) und er hatte bei seinen Fällen auch beim Vorhandensein von schweren Hautveränderungen Heilung oder mindestens weitgehendste Besserung erzielen können.

Zu einer ähnlichen Auffassung bekennt sich E. PULAY, der nach Ausschaltung einer Reihe durch konstitutionelle Erkrankungen bedingter Pruritusformen noch einen neurogenen Pruritus annimmt, von dem er wieder zwei Unterabteilungen aufstellt: 1. den rein neurogenen Typus und 2. den psychogenen. Der erstere ist nach seiner Ansicht eine vegetative Neurose und durch Vermehrung des Kalziums des Blutzuckers und manchmal auch der Harnsäure bedingt und nur blutchemisch zu beeinflussen, der psychogene Pruritus ist nur psychoanalytisch zu behandeln.

Heute stehen wohl die meisten Dermatologen auf dem Standpunkt, daß der Pruritus in die Gruppe der Neurodermatitis gehört und daß die Hautveränderung bei dieser Dermatose sekundär durch das Kratzen bedingt ist. Das Wichtigste dabei ist nach unserer Auffassung die Reizung der spezifischen Nervenendigungen der Haut, die durch Druck ebenso wie durch Zerrung, durch physikalische und chemische Mazeration der Epidermis und auch durch Intoxikation oder Atrophie ausgelöst werden kann.

Unser Bestreben muß also darauf gerichtet sein, bei denjenigen Fällen von Pruritus, wo wir eine spezifische Reizung der Nervenendigungen der Haut annehmen, also zunächst in den Fällen von direktem Pruritus (und evtl. auch in einer Reihe von Fällen von indirektem Pruritus, wenn wir die konstitutionellen und anderen oben bereits erwähnten anderen Ursachen ausgeschlossen haben), entweder den pruritogenen Reiz radikal und dauernd zu beseitigen oder aber die Nervenbahn, die diesen Reiz vermittelt, an irgend einer Stelle zu unterbrechen. Daß diese Unterbrechung am peripher sten Teil der Nerven am bequemsten und zugleich unschädlichsten ist, leuchtet ohne weiteres ein.

Eine solche Unterbrechung des Reizleitungssystems suchte man mit der Parasakralanästhesie zu erreichen (LITTAUER u. a.). Aber es ist selbstverständlich, daß mit dem Nachlassen der Anästhesie, der Wiederherstellung der Reizleitung auch der Juckreiz sich wieder einstellt. Auf operativem Weg Heilung zu erzielen, versuchte CARROL W. ALLEN, der zuerst Alkohol und Chininjektionen gemacht hatte und dabei Mißerfolge erlebte. Er hatte den Plan, die erkrankte Haut von der Unterlage und dadurch von den Nerven zu trennen, und wollte so eine anästhetische Zone schaffen. Er sagte sich, wenn nach Monaten die Empfindung zurückkehrt, ist der Pruritus geheilt. Sein Eingriff bestand darin, daß er im Umkreis des Anus eine Anzahl von radiären Inzisionen machte, die so gebildeten Hautbrücken vollkommen von der Unterlage loslöste, und zwar so, daß sie nur am Anus und peripher gegen die Skrotalwurzel und glutälwärts zu noch im Zusammenhang blieben. Um eine frühzeitige Verbindung dieser unterminierten Hautbrücken mit der Unterlage zu verhindern,

Digitized by Google

unterstopfte er sie noch mit Jodoformgaze, die er 8 Tage liegen ließ. Nach seinen Angaben dauerte seine Behandlung im ganzen 14 Tage, und er will kein Rezidiv erlebt haben. Dieses Verfahren kann meiner Auffassung nach nur bei unveränderter Haut in Frage kommen, das sind die wenigsten Fälle, und dann finden ja die Nervenenden sicher sehr rasch wieder den Anschluß an die Haut, die selbst wieder den Anschluß an die Unterlage recht rasch wiederfindet. Der ganze Heilungsvorschlag erscheint mir gerade deshalb sehr problematisch.

KAREWSKI war bei seiner Empfehlung eines neuen und plastischen Verfahrens zur radikalen Behandlung schwerster Formen von Pruritus ani weitergegangen, er setzte den Hebel an der erkrankten Haut an. Allerdings verfügte er seiner Zeit nicht über einen eigentlichen Fall von Pruritus ani, sondern es handelte sich bei dem von ihm publizierten Fall um einen Patienten, dem wegen seines hartnäckigen Pruritus ani in England mittels Glüheisens die Haut in der betroffenen Zone verschorft worden war. Dieser Patient hatte ein Jahr lang bis zur endgültigen Heilung seiner Wunde in dem betreffenden Krankenhause bleiben müssen. KAREWSKI hat die Narbenregion im Gesunden exzidiert und den dadurch entstandenen Defekt dadurch gedeckt, daß er zwei türflügelartige Lappen aus der Glutealgegend zur plastischen Deckung heranzog. Ich wundere mich darüber, daß er die Verschorfung nicht ganz ablehnte. Er sagte anläßlich der Demonstration seines Falles in der Berliner Gesellschaft für Chirurgie wörtlich: „Oft genügt es, die affizierten Hautpartien oberflächlich mit dem Glüheisen zu verschorfen, evtl. zu wiederholten Malen." Er gibt aber zu, daß die nachfolgende Narbenbildung oft schlimmere Beschwerden verursacht, als sie ursprünglich vorhanden waren.

Im folgenden bringe ich die Krankengeschichte eines 26jähr. Mannes, dessen Fall mich veranlaßte, über eine chirurgische Behandlung des auf keine andere Weise zur Heilung zu bringenden Pruritus ani nachzudenken:

Der Bankbeamte E. P. war in seiner Jugend und später stets gesund. Auch die Familienanamnese ergibt nichts Besonderes. Er war vom 16. Nov. 1916 bis Dez. 1918 im Felde, nie verwundet. Im Juli 1918 hatte er plötzlich Filzläuse in den Schamhaaren entdeckt, die er einzeln wegfing. Dabei verspürte er vor allem an der Wurzel des Hodensackes außerordentlich starkes Jucken, und er verschaffte sich dadurch Erleichterung, daß er hier mit den Fingernägeln heftig kratzte. Das Jucken ließ aber nicht nach; auch nachdem von Läusen nichts mehr zu bemerken war, hielt das Jucken an. Der Juckreiz wurde allmählich immer stärker und breitete sich vor allem auch nach dem After zu aus. Er ließ den Pat. in der Nacht nicht zur Ruhe kommen. Von einer Reihe erfahrener Dermatologen wurde er mit Salben und Schüttelmixturen behandelt, man kann sagen, daß das ganze Repertoire der modernen dermatologischen Therapie einschließlich der Strahlenbehandlung an ihm zur Anwendung kam. Der Erfolg war gleich Null, ja im Gegenteil, die gesamte Haut vom Grund des Hodensackes bis zum After und darüber hinaus wurde allmählich von dem Juckreiz betroffen. Er konnte seit einem halben Jahr infolge dieses Juckreizes keine Nacht mehr schlafen und kam immer mehr herunter. Während des Tages schlief er dann im Geschäft ein und lebte in der Angst, daß er deswegen auch noch seine Stellung einbüßen würde. In der äußersten Depression, mit der Angabe, daß er Selbstmord verüben wolle, wenn ihm nicht geholfen würde, konsultierte er mich. Der am 31. Juli erhobene Befund ergab folgendes:

Junger, mittelkräftig gebauter Mann von 26 Jahren; mäßig gut entwickelte Muskulatur, erheblich abgemagert (die Haut läßt sich in Falten abheben). Auffallende Blässe der Haut und sichtbaren Schleimhäute, nirgends eine Drüsenschwellung, keine Ödeme, kein Exanthem. Die Pupillen mittelweit, gleichgroß und rund, reagieren prompt auf Lichteinfall und Konvergenz. Rachenring ohne Besonderheiten, langer schlanker Hals, langer, flacher, elastischer Thorax. Über den Lungen normale Schallverhältnisse und gewöhn-

Digitized by Google

liches Atemgeräusch. Herz: normale Grenzen, reine Töne. Abdomen, o. B., Extremitäten frei von Varizen. Sehnenreflexe leicht gesteigert, keine Hämorrhoiden, keine Oxyuren, keine Fissuren der Mastdarmschleimhaut.

Am Damm befindet sich Dreiquerfingerbreit oberhalb der Skotalwurzel beginnend und bis zum After reichend eine im ganzen 12 : 3 1/2 cm messende verdickte und gerötete Hautregion, deren Oberfläche rissig und borkig, fleckig und streifig pigmentiert und mit Schuppen bedeckt ist sowie an einzelnen Stellen warzig und höckrig erscheint. Die Grenze gegen die gesunde Haut ist scharf abgesetzt. Im Bereiche der vorderen Kommissur ist diese Hautveränderung ebenfalls noch deutlich zu erkennen, sie greift fleckenweise auf die seitlichen Partien der Zona ano-cutanea über. Nur die hintere Kommissur ist frei.

Urin frei von Eiweis und Zucker, Sedim. o. B. 31. Juli: Operation in Allgemeinnarkose: zunächst Sphinkterdehnung, dann Exzision der erkrankten Hautregion im gesunden, und zwar wurde die Schnittlinie 2 cm von dem Rande des ekzematös veränderten Bezirks geführt. Besonders sorgfältig wurde die Haut in der Analgegend (Zona ano-cutanea) abgelöst, die Haut der Regio perinealis bis in die beidersettige Glutäalgegend von der Unterlage weitgehendst mobilisiert und mit Haken zurückgehalten. Der Sphincter ani externus namentlich in seiner vorderen Zirkumferenz, ebenso der Musculus transvers. perinei superficial., der M. ischio-cavernos. und M. bulbo-cavernos. dargestellt. Nun wurde ein vollkommenes Gefäßnervenpräparat dieser Gegend gemacht, zunächst Hauptstamm von Art. pudenda und N. pudendus am Austritt aus der Fossa ischio-rectalis aufgesucht und bis zum hinteren Rande des M. transvers. perinei prof. verfolgt. Der in diesem Bereich abgehende N. hämorrhoidal. inf. wird größtenteils erhalten, nur einige weit nach vorn ziehende oberflächlich verlaufende Äste wurden entfernt. Der N. perinei wurde auf der linken Seite vollständig reseziert, vor allem die feinen Verzweigungen der N. scrotales post. mit entfernt. Rechts wurde der in den Bulbus urethrae eindringende Zweig geschont, im übrigen fast alle Verzweigungen des N. perinei excidiert. Die Gefäße, namentlich die A. scrotalis post. wurden geschont. Die Hodensackhaut wurde weit nach vorn losgelöst und im Bereiche ihrer Raphe durchtrennt. Diese beiden Zipfel ließen sich ohne besondere Spannung weit nach hinten bis zur seitlichen Analgegend ziehen. Ihr medialer Rand wurde im Bereiche der vorderen Kommissur der Analzone mit der Schleimhaut vernäht. Um die seitliche Naht dieser Skrotalhautzipfel nicht unter zu großer Spannung zu setzen, wurde die Perinealhaut bis zur Glutealregion noch mobilisiert. Am Schlusse stand keine der Nähte unter erheblicher Spannung. Einführung eines mit Jodoformgaze umwickelten Stopfrohres und Festnähen desselben. Verband. Der Pat. erhielt für 4 Tage Opium und flüssige Diät. Er konnte bereits abends spontan Wasser lassen, hatte nach 2 Tagen die erste Erektion. Am 5. Tage erhielt er Rizinus, nach dem Stuhlgang Sitzbad. Wunde gut aussehend. Am 7. Tage platzte bei der Defaekation eine Naht. Sonst ganz glatte Heilung. Am 8. Tage nach der Operation steht der Pat. auf. Es bestand noch eine kaum 1 cm im Durchmesser messende Granulationsfläche. Nach 27 Wochen war die Wunde vollkommen geschlossen. Jucken hat der Pat. seit dem Morgen vor der Operation nie mehr verspürt. Er kann jede Nacht schlafen, sieht frisch und gesund aus, hat wieder Lebensfreude, treibt wieder Sport und ist ein kerngesunder Mensch wie vor seinem Leiden.

Zum Schlusse muß ich betonen, daß die Präparation der Regio perinealis durchaus nicht kompliziert ist und daß sich der N. pudendus vor allem sehr rasch auffinden läßt. Der Eingriff als solcher ist in 3/4 Stunden bequem zu vollenden.

Die histologische Untersuchung wurde im Krankenhaus St. Georg von Prosektor Dr. Reinhardt ausgeführt. Sie ergab: Hautlappen, ein etwa 12 cm langes, 1,5—3,5 cm breites Stück und ein kleineres 4 : 1,5 cm großes Stück. — Epidermis zeigt unebene granulierende Oberfläche mit reichlich Furchenbildung. Etwa 5 cm langes Stück eines 1 mm dicken Nerven (Nervus pudendus).

Mikroskopische Untersuchung verschiedener Hautbezirke ergibt zusammengefaßt: Epidermis ist im ganzen verdickt, aber an einzelnen Stellen über verbreiterten Koriumpapillen verdünnt, zeigt ziemlich starke Verhornung, besonders in den Furchen, stark entwickeltes direkt in die verhornte Schicht übergehendes Stratum granulosum, ist mäßig mit Leukozyten durchsetzt, und zeigt einzelne kleine stärker mit Leukozyten durchsetzte Stellen und spärliche mit blutigem Sekret gefüllte Zystchen im Stratum corneum. Das Rete malpighi meist stark entwickelt und hypertrophisch. Das Korium ist im ganzen hypertrophisch, zeigt meist schmale aber verlängerte und stellenweise verbreiterte Papillen, deren Gewebe teils locker und ödematös, teils dichter beschaffen ist. Die Kutis zeigt

Digitized by Google

eine hypertrophische straffe, sklerosierte Beschaffenheit, von ihr gehen verbreiterte Züge in das subkutane Fettgewebe hinein. In einem Schnitt (von hinterer Skrotumgegend) reichlich Bündel glatter Muskulatur im Subkutangewebe. In Korium und oberen Kutisschichten perivaskuläre kleinzellige Infiltrate und adventitielle Zellwucherungen, meist in geringerem Grade, nur steilenweise etwas stärker. — Reichlich melaninhaltige Chromatophoren liegen im Korium. Gefäße sind teilweise eng, erscheinen zum Teil sehr dickwandig, mit verdickter Adventitia. Im Korium stellenweise erweiterte Blut- und Lymphgefäßkapillaren.

An den untersuchten Nervenstücken ist ebenso wie an den Nervenästen der verschiedenen Hautstücke nichts Besonderes erkennbar.

Das elastische Gewebe des Korium und der Kutis ist entsprechend dem hypertrophischen Bindegewebe dieser Gewebsbezirke entwickelt.

Diagnose: Chronisches Ekzem.

Für die Ätiologie des Ekzems hat die histologische Untersuchung nichts ergeben.

Wir müssen trotz des negativen histologischen Befundes mit feinsten Veränderungen in dem Nervengewebe rechnen. Die geringe Heilungstendenz dieses Ekzems kann man sonst gar nicht anders erklären. Jedenfalls war nach allen vorausgegangenen Untersuchungen namhafter Spezialisten anzunehmen, daß es sich nicht um ein auf konstitutionelle Ursache beruhendes Hautjucken, sondern um einen als eigene Krankheit aufzufassenden (direkten) Pruritus handelte. Die erste Ursache dieses Ekzems muß in dem durch die Ansiedlung der Filzläuse bedingten Juckreiz zu suchen sein, der die Kratzeffekte und schließlich das Ekzem zur Folge hatte.

Das Wesentliche dieses Operationsvorschlages besteht in der Exzision der erkrankten Haut und Resektion der Nn. perinei. Man kann auf einer Seite auch den N. pudendus nach Abgang des N. haemorrhoidal. inf. vollkommen resezieren, wenn man auf der anderen Seite die wichtigen Endäste desselben (vor allem den in den Bulbus urethrae verlaufenden, die Schleimhaut der Urethra versorgenden Ast) sowie vor allem den N. dors. penis erhält. Den innerhalb des Trig. urogenit. abgehenden, zu den Corpora penis ziehenden Ast bekommt man gar nicht zu Gesicht.

Ich glaube, daß dieser Operationsvorschlag eine wesentliche Vereinfachung gegenüber der immerhin großen Plastik Karewskis und daß er zugleich eine kausalere Therapie durch die gleichzeitige Nervenresektion darstellt. Die Skrotalhaut läßt sich sehr weit nach hinten ziehen, und sie ist nicht gefährdet, wenn man die Art. scrotal. post. einigermaßen schont. Beim Pruritus vulvae würde es sich ganz analog um eine Resektion der Nn. labialis post. handeln, und es müßten vor allem hier die N. dors. et prof. clitoridis geschont werden[1]).

Es ist selbstverständlich — und Karewski hat das ja schon besonders betont, daß die Empfehlung einer jeden operativen Maßnahme zur radikalen Behandlung des Pruritus ani nur in den allerseltensten Fällen, wenn eben alle jene konstitutionellen und alle anderen von uns

[1]) Bei der Niederschrift dieser Zeilen fand ich, daß N. W. Markoff von der Universität Woronesh vor 2 Jahren bei einem Fall von sehr hartnäckigem Pruritus vulvae — es handelte sich um eine 43jähr. Virgo — die beiderseitigen N. pud. freigelegt und die von ihnen zu den Labien führenden Äste durch Exhaerese entfernt hat. Danach war eine Heilung des Pruritus erfolgt, aber es blieb eine Anästhesie der Schamlippen bestehen. Ich glaube, daß man bei einer Neurektomie, wie ich sie vorschlug, eine solche Anästhesie vermeiden kann.

Digitized by Google

bereits erwähnten Erkrankungen mit einer an Sicherheit grenzenden Wahrscheinlichkeit ausgeschlossen worden sind — in Frage kommen darf. Aber es wird immer noch eine große Zahl von Fällen übrig bleiben, und diesen armen Menschen, die von Arzt zu Arzt laufen, und denen auch die besten Psychotherapeuten nicht helfen können, kann man durch diesen relativ einfachen Eingriff die Lebensfreude wiedergeben.

Diese chirurgische Therapie des Pruritus gewinnt dadurch noch besonders an Bedeutung, weil sie gleichzeitig auch Ausblicke auf die Therapie des zirkumskripten enorm juckenden chronischen Ekzems gibt. Ich betone nochmals, daß ich auch hierbei nur an die ganz verzweifelten Fälle denke, die bei jahrelanger Behandlung nicht zu beeinflussen sind. Denn auch beim Ekzem spielt der Begriff der Neurodermitis eine erhebliche Rolle. Wenn auch im großen und ganzen eine Trennung von inneren und äußeren für die Ätiologie des Ekzems in Betracht kommenden Faktoren bis jetzt als unmöglich erschien, müssen wir doch nach BR. BLOCH bei einer gewissen Prädisposition an eine Überempfindlichkeit der Haut denken. Man suchte bisher diese Überempfindlichkeit der Haut in den Epidermiszellen und im Blutgefäßsystem des Strat. papillare; muß man da nicht in erster Linie gerade an die Endapparate der Nerven und die feinen Nervenendigungen in der Haut denken? Hier wird vielleicht die moderne Nervenhistologie noch einmal Licht bringen. HILLGERMANN schreibt noch im Jahre 1921 über die Therapie und Ätiologie der chronischen Hautekzeme: „Meine auf viele Jahre sich erstreckenden Beobachtungen bei Ekzemen ließen stets als Erreger Bakterien oder Pilze oder beide in Symbiose feststellen ... nur mit bakteriologischer Technik, d. h. Züchtung der Erreger und dementsprechender Vakzinetherapie, allerdings nur Autovakzine, ist eine Dauerheilung chronischer Ekzeme möglich." Ja, gewiß werden Bakterien und Pilze gefunden, aber sie kommen doch sekundär genau wie der von TERELL und MURRAY gefundene Streptococc. faecalis durch das Kratzen in die Haut. Infolgedessen hilft hier beim Ekzem die Vakzinetherapie ebensowenig wie die beim Pruritus ani propagierte Vakzinetherapie (Posterisan HUTTNERS).

Jedenfalls bin ich weit entfernt davon zu glauben, daß in Zukunft der hartnäckige Pruritus ani und das zirkumskripte durch nichts zu beeinflussende chronische Ekzem plötzlich chirurgische Erkrankungen geworden sind, sondern ich hoffe nur, daß der eine oder andere Fall doch einer erfolgreichen Therapie noch zugeführt werden kann, und vielleicht haben diese Zeilen doch auch eine Anregung denen gegeben, die sich mit der Erforschung der Ätiologie so peinlicher Erkrankungen — wie sie der hartnäckige Pruritus ani und das nicht heilende chronische Ekzem nun einmal sind — beschäftigen.

Literatur.

ALLEN, CARROL W., The operative cure of pruritus ani and vulvae. New Orleans med. a. surg. journ., 1920, Bd. 173, Nr. 4. — BLOCH, BR., A propos de la nature de l'eczéma. Paris méd., 1923, 13. Jahrg., Nr. 11. — HILGERMANN, Die Therapie und Ätiologie der chronischen Hautekzeme. M. m. W., 1921, 68. Jahrg., Nr. 23. — HUTTNER, ADOLF, Zur Vakzinetherapie mit Posterisan. D. m. W., 1923, 49. Jahrg., Nr. 28. — KAREWSKI, F., Ein neues plastisches Verfahren zur radikalen Behandlung schwerster

Digitized by Google

Formen von Pruritus ani. D. m. W., 1923, 49. Jahrg., Nr. 25. Nach einer Demonstration in der Berliner Gesellsch. f. Chir. am 11. Dez. 1922. — Levy-Frankel, A., Traitement des prurits. J. de méd. de Paris, 1923, 42. Jahrg., Nr. 33. — Littauer A., Zur Therapie des Pruritis vulvae, mit besonderer Berücksichtigung von Soor und Trichomonas. Zbl. f. Gynäkol. 1923, Nr. 1. — Markoff, N. W., Doppelseitige Resektion der Nn. pudenti int. bei Pruritus vulvae (Frauenklinik Univ. Woronesh) Russki Gynaekologischeski Westnik. 1921, Bd. 1. — Montaque, I. F., Etiologie and pathogenesis of anal pruritus and pruritus ani. New York m. J. and med. record., 1923, Bd. 117, Nr. 8. — Pitscher, H., Pruritus ani et vulvae. Am. J. of electro-therapeut. and radiol., 1922, Bd. 40, Nr. 2. — Pulay, E., Zur Klinik und Therapie des Pruritus und der Furunkulose. M. Kl., 1921, 17. Jahrg., Nr. 45. — Pulay, E., The importance of blood chemistry in dermatologie. Arch. of derm. and syph., 1923, Bd. 8, Nr. 2. — Ravaut et Cottenot, Prurit anal et herpès récidivant de la fesse chez un pottique; spina bifida de la Ire vertèbre sacrée. Bull. de la soc. franç. de derm., 1923, Nr. 7. — Sack, W., Die psychogene Komponente des Pruritus und der pruritinösen Dermatosen. M. m. W., 1922, 69. Jahrg., Nr. 5. — Terell, E. H., Some low grade anal infections. Internat. J. of surg., 1923, Bd. 36, Nr. 1. — Whitfield, A., Lunleian lectures on some points in the aetiology of skin diseases. Lect. I. Lanc., 1921, Bd. 201, Nr. 2.

Aus dem Stadtkrankenhaus Zittau (Direktor: Prof. Dr. C. Klieneberger).

Mitteilung eines eigenartigen Falles von unterminierter Narbenbildung am behaarten Kopfe nach chronischer Eiterung.

Von

Dr. Georg-Dietrich Koehler.

Mit 1 Abbildung im Text.

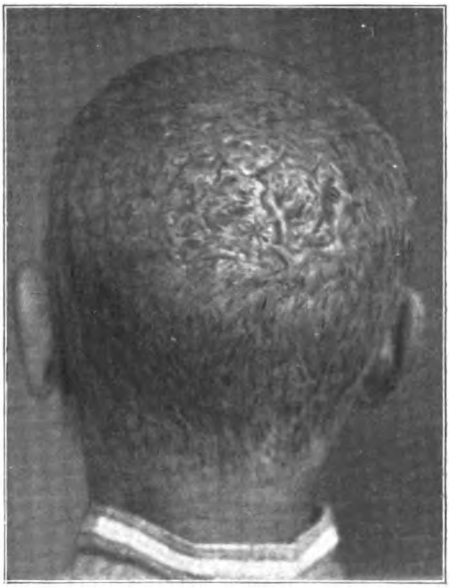
Im folgenden sei mir gestattet, über einen seltenen Fall von eigenartiger Narbenbildung am behaarten Kopfe zu berichten, bei dessen Rubrizierung und diagnostischer Bezeichnung man allerdings reichlich in Schwierigkeiten gerät: insofern nämlich, als der Fall einmal der Acne cheloidea oder aber der Folliculitis decalvans nahe zu stehen scheint, andererseits aber scheint er in Anbetracht seiner gestrickten Narbenbildung, die sich über reichlich zwei Drittel des behaarten Kopfes ausdehnt, eine eigene Krankheitsbenennung zu erfordern.

Es handelt sich um einen 63jähr. Rentenempfänger, der bei seinem ständig unruhigen Leben als Wanderbursche die verschiedensten Schlafstellen und Herbergen aufgesucht hat, dabei niemals sonderliche Körperpflege getrieben, ganz zu schweigen von Kopfpflege, und der sich jetzt um Unterbringung in einem Altersstift bemüht. Als Kind schon immer kränklich und schwächlich, sei er auch später wegen „schwacher Lunge" nicht zum Militär eingezogen worden. Seit einer Pneumonie im 45. Lebensjahre klagt er über Husten, besonders des Morgens, leichtes Fieber und Nachtschweiß, wurde verschiedentlich, auch in Görbersdorf, daraufhin behandelt und bekam dann bald Rente. Mit 51 Jahren machte er eine Tuberkulosespritzkur durch und seitdem — so berichtet er — habe sich der „böse Kopf" entwickelt. Mit bemerkenswerter Sicherheit gibt er in seiner Anamnese an, daß er sich als junger Mensch und auch späterhin stets eines vollen, dichten, kräftigen blonden Haupthaares hätte erfreuen dürfen, welches bisher niemals krank gewesen sei. Erst im 51. Lebensjahre habe sich eine große Eiterbeule am rechten Hinterhaupte, der jetzigen Stelle dichtester Narbenbildungen, gezeigt, die aber, nachdem sie von der Krankenschwester aufgestochen war, wieder ganz gut verheilt sei. Bald darauf hätten sich aber dicht daneben neue Entzündungserscheinungen

Digitized by Google

mit Brennen, Klopfen, Kopfschmerzen und starkem Hitzegefühl bemerkbar gemacht. In jener Zeit hätten sich auch die ersten kahlen Stellen am Hinterkopf gebildet; seitdem sei die Eiterung über den ganzen Kopf gezogen. Zeitweilig etwas nachlassend, habe Pat. doch stets kleine nässende Stellen am behaarten Kopf gehabt. Sei auch der Kopf 1918—1922 fast ganz gut gewesen, so daß er ihn angeblich ganz ohne Mühe durchkämmen konnte, so seien doch seit zwei Jahren neue Eiterherdchen wieder aufgebrochen. Der den Pat. draußen lange wegen Lungentuberkulose behandelnde Arzt sandte ihn wegen Hauttuberkulose am behaarten Kopfe jetzt dem Krankenhause zu.

Status: Mittelgroß, hager, von schwächlichem, asthenischem Körperbau; Haut trocken, welk, senil. In den beiden Axillarlinien, besonders in der Lendengegend beiderseits, stärker pigmentiert, entsprechend einem alten, fast über den ganzen Körper verbreiteten trockenem Ekzem, das ziemlich starke Kratzeffekte zeigt. In rechter Achselhöhle etwa haselnußgroße Verruca vulgaris. Gesicht: faltenreich, mit einzelnen Warzen bedeckt. Pupillen reagieren gut auf L. und C. Pharynx: chronisch gerötet. Zunge im hinteren Drittel belegt. Gebiß außerordentlich defekt mit starker Gingivitis. Foetor ex ore. Thorax schmal, etwas Schusterbrust, röntgenologisch verhältnismäßig kleines Herz, Aortensklerose, Emphysem, linke Spitze etwas höher als rechte, rechte Spitze leicht trübe. Vom Hilus auslaufende Stränge nach dem Oberlappen, besonders links. Pirquet und Interkutanprobe 1 : 10000 und 1 : 1000 schwach positiv, dabei einmalige Temperaturerhöhung bis 37,8. Tuberkelbazillen konnten im Auswurf und Stuhl trotz mehrmaliger Untersuchung nicht gefunden werden. Magen und Darm o. B. Etwas zu Verstopfung neigend. Reponibler Leistenbruch rechts (Bruchband). Reflexe normal. WR negativ. Hb. 79%, WBl. 8200. Was nun den Kopf anbelangt, so mag man wohl in beiliegender Abbildung erkennen, daß es sich um einen alten, ungepflegten Kopf handelt, dessen Behaarung dünn, licht und dürftig geworden ist (zur besseren Sichtbarmachung der Narben sind die Haare mit der Schere noch gekürzt worden). Das Interessanteste ist dabei die Umgestaltung, welche gewissermaßen das Profil des Haarbodens im Laufe der mannigfachen Entzündungen — die sich jetzt also schon über einen Zeitraum von zwölf Jahren erstrecken — erhalten hat: Über den ganzen Hinterkopf, besonders rechts hinten oben, finden sich dicke weiße, keinesfalls mehr entzündlich erscheinende unbehaarte, derbe keloidartige Narben — wie gestrickt —, die, zum Teil tiefere Höhlen überhäutend, die Kopfhaut in verschiedenen Richtungen, nach vorn bis fast zur Stirn reichend, überziehen, wobei sie sich zum Teil zu verzweigen scheinen. Diese unterminierenden, scheinbar ebenfalls reichlich verzweigten Gänge entleeren auf Druck entweder ateromartigen Brei oder auch kleinere Eitermengen aus scheinbar ganz reiz- und entzündungslos ausschauenden Höhlen. In den aus diesem Eiter gewonnenen Präparaten fanden sich nach Gram und kulturell Staphylococcus albus und Streptokokken. Außerdem ist der ganze Haarboden stark höckerig, fast warzig zu nennen, zum kleineren Teil mit blutig imbibierten, schorfigen Krusten bedeckt, und auch sonst in der Gesamtheit zeigt er disseminiert zum Teil trichterartige oder auch rundlich begrenzte, stecknadelkopfgroße ausgestanzte kleine Löcher oder Einziehungen — wahrscheinlich alten, verödeten Haarbälgen entsprechend —, die zum Teil untereinander, die bedeckende narbige Haut unterminierend, kommunizieren. Denn spritzt man, wie ich es zufällig bei versuchsweiser Fibrolysin-Injektion in die Narben tat, eine Flüssigkeit in eines dieser Löcher hinein, so sprühte dieselbe andernorts an den verschiedensten Öffnungen wieder hervor. Eine



Digitized by Google

Probeexzision wurde leider abgelehnt. Die Haare hingegen stehen dünn und zum Teil büschelweise, wie von Motten dezimiert, über den Kopf verstreut und zeichnen sich durch senile Trockenheit und dünne Schäfte aus.

Im Anfang glaubten wir insofern einen typischen Fall von Acne cheloidea vor uns zu haben, als es sich hier ebenso wie bei der Folliculitis sclerotisans um den Schlußeffekt einer chronischen Follikeleiterung handelte, andererseits aber stimmt die Lokalisation bei dieser Erkrankung des Haarbodens nicht mit der gewöhnlich am Nacken oder seltener an der Wange sich lokalisierenden Entzündung der Acne cheloidea überein, und die Keloidbildung ist auch in unserem Falle nicht acneïform, sondern es handelt sich hier um 2—5 cm lange, dicke, wulstartige Narben.

Prof. Dr. Riecke, dem ich diesen Fall vorlegen durfte, und der sich in liebenswürdigster Weise dafür interessierte, glaubt vielmehr, „daß es sich um ein noch nicht ganz klargestelltes seltenes Krankheitsbild handelt, das ich eigentlich erst in zwei einigermaßen sicheren Fällen beobachet habe und das in keines der bekannten Krankheitsbilder sich einreihen läßt". „Es handelt sich, wie gesagt, um ein sehr seltenes und kompliziertes Krankheitsbild, welches jedenfalls nicht als Dermatitis papillaris angesprochen werden darf. Vielleicht bestehen Beziehungen zur Folliculitis decalvans." Leider stehen mir die französischen Annales de Dermatologie nicht zur Verfügung, in denen einige ähnliche Krankheitsbilder beschrieben sein sollen, so daß ich den Fall als solchen nur kasuistisch mitteilen kann, aber doch in der Annahme, daß er diagnostisch unter den chronisch eitrigen Erkrankungen der behaarten Kopfhaut eines gewissen Interesses nicht entbehrt.

Aus dem Institut für allgemeine und experimentelle Pathologie der Universität Wien (Vorstand: weil. Hofrat Prof. Dr. R. Paltauf).

Beiträge zur experimentellen Physiologie und Pathologie des männlichen Genitales. 3. Mitteilung: Der Einfluß der Änderung der Wasserstoffhydroxylionen auf die Tätigkeit des Samenstranges. Zur Analyse der Ionenwirkung.

Von

Alfred Perutz und Konrad Merdleb.

Mit 2 Abbildungen im Text.

Die Bedeutung einer Änderung der chemischen Reaktion des umgebenden Mediums für die Tätigkeit von Muskelorganen wurde schon des öfteren betont. So hat Gaule gefunden, daß die Tätigkeit des überlebenden Herzens durch alkalische Reaktionen der Durchspülungsflüssigkeit eine chronotrope Steigerung erfährt. Dieser Befund wurde von vielen Autoren (Tigerstedt u. a.) bestätigt. Pechstein fand, daß der nicht tätige, ausgeruhte Muskel eine alkalische Reaktion zeigt, während der ermüdete Muskel sauer reagiert. Saito stellte am Hautmuskelschlauch von Blutegeln fest, daß diese Muskeln bei alkalischer Reaktion der Umspülungsflüssigkeit bei positiven Temperaturkoeffizienten sich kontrahieren,

Digitized by Google

während sie bei saurer Reaktion erschlaffen. Macht fand, daß der Ureter sich in saurer, der Samenstrang in alkalischer Reaktion kontrahiert. Merdler studierte diese Verhältnisse am Meerschweinchenuterus und -darm, dann an der menschlichen Tube und fand, daß alle drei Organe sich durch Erhöhung der Hydroxylionenkonzentration (Natronlauge; Zusatz innerhalb physiologischer Grenzen) kontrahieren, während sie bei Säurezusatz erschlaffen.

Es war nun von Interesse zu studieren, wie der Samenstrang auf Änderung des P_h reagiert und ob eine eventuelle Reaktion auf die neurale oder muskuläre Komponente zurückzuführen sei. Es war somit unsere Aufgabe, auch den Angriffspunkt der H- und OH-Ionenwirkung bei einer Änderung der eventuellen Tätigkeit des überlebenden Samenstranges festzustellen.

Versuch I.

Der überlebende Samenstrang der Ratte, nach der Methode von Magnus in gewöhnlicher Ringerlösung suspendiert, zeigte zumeist keine deutlichen Spontanbewegungen. Wir setzten von einer $^1/_2$%igen Natronlaugelösung $^1/_4$ ccm zu 25 ccm Ringerlösung zu. Der Natronlaugengehalt war somit 1 : 20000. Sofort nach Zusatz dieser Menge trat eine starke und anhaltende Kontraktion des Vas deferens auf (Abb. 1).

Salzsäurezusatz führte eine sofortige Tonusabnahme herbei.

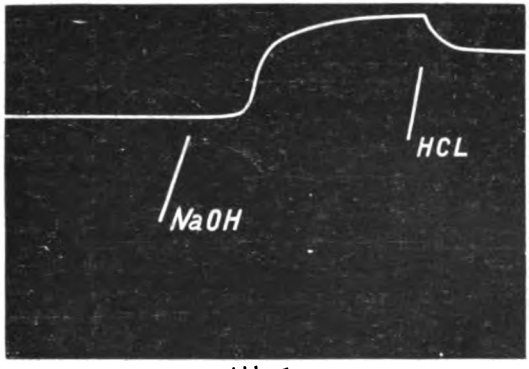


Abb. 1.

Versuch II.

Wir versuchten den Samenstrang sympathisch und parasympathisch durch Atropin und Ergotin zu lähmen. Wir gaben nun 5 Tropfen Ergotin (Bombelon) und $^1/_4$ mg Atropin in die Ringerlösung. Durch Zusatz dieser beiden Substanzen erfolgte keine Änderung des P_h. Der Samenstrang blieb unbeeinflußt. Zusatz von 2×0.25 ccm $^1/_2$%iger Natronlaugelösung ergab eine zwar schwache, aber lang dauernde Kontraktion. Diese wich auf äquimolekularen Zusatz von Salzsäure (Abb. 2).

Versuch III.

Zusatz von Natronlauge in der früher angegebenen Konzentration ruft gleichen Erfolg hervor wie bei Versuch I. Wir setzten nun auf der Höhe der Konzentration Atropin und Ergotin in derselben Menge wie bei Versuch II zu: es trat eine kaum nennenswerte Erschlaffung ein.

Aus diesen Versuchen ersehen wir, daß eine Änderung der chemischen Reaktion die Tätigkeit des überlebenden Samenstranges der Ratte beeinflußt, und zwar ruft Alkalisierung eine Kontraktion hervor, während die Säuerung Erschlaffung im Gefolge hat. Über den Angriffspunkt der Ionenwirkung geben uns die Versuche, bei denen Ergotin und Atropin verwendet wurden, Aufschluß: Atropin lähmt bekanntlich die parasympathischen Nervenendigungen, während Ergotin in größeren Dosen eine Lähmung des fördernden Sympathikus zur Folge hat. Schaltet man somit durch Zusatz dieser Mittel die Endigungen der motorisch fördernden Nerven aus, so ist ein eventuell auftretender Erfolg der Änderung der

Digitized by Google

chemischen Reaktion als reine Muskelwirkung aufzufassen. Wie unsere Versuche zeigten, ruft einerseits Alkalisierung auch nach Atropin und Ergotin — wenn auch in viel geringerem Maße — Kontraktionen des Samenstranges hervor, andererseits ist Ergotin und Atropin nicht imstande, die durch Alkali herbeigeführte Kontraktion merklich abzuschwächen. Daraus sehen wir, daß eine Änderung des P_h direkt auf den Muskel wirkt.

Diese Erklärung schließt folgende Vorstellung in sich:

Die Stärke der Muskelkontraktion hängt einerseits von der Reizgröße andererseits von der Reizbarkeit des Erfolgsorganes ab. Man kann somit den Erfolg eines Reizes steigern sowohl durch Erhöhung der Reizgröße als auch durch Besserung der Bedingungen im Erfolgsorgan, die die Wirksamkeit des gleichen Reizes erhöhen. Die auf Natronlaugezusatz erfolgte Wirkung ist wohl so zu erklären, daß die von den autonomen

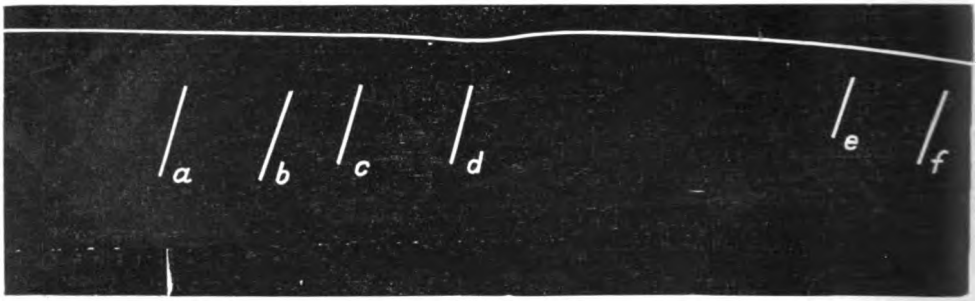


Abb. 2.

a = Zusatz von Ergotin. b = Zusatz von Atropin (1/4 mg). c und d = Zusatz von NaOH. e und f = Zusatz von HCl.

und sympathischen Zentren ausgehenden Impulse dadurch wirksam werden, daß die Reizbarkeit des Organs so weit erhöht wird, daß sonst unterschwellige Reize erfolgreich werden.

Wie man sich die Wirkung des geänderten P_h auf die Muskulatur im allgemeinen, in unserem Falle auf die Samenstrangmuskeln vorzustellen hat, geht aus den Versuchen Merdlers über die Beziehungen einer Ionenverschiebung zum Kohlehydratabbau im Muskel hervor. Es ruft eine Alkalisierung durch Besserung der Bedingungen für den Kohlehydratabbau und Säuerung durch Verschlechterung derselben eine Änderung der Reizbarkeit dieses Muskels hervor.

Zusammenfassend können wir sagen: 1. Der Samenstrang kann durch Änderung des P_h beeinflußt werden. 2. Alkali ruft Kontraktion hervor. 3. Säuerung führt Erschlaffung herbei. 4. Die Wirkung der Änderung des P_h ist als Muskelwirkung aufzufassen.

Literatur.

Gaule, Arch. f. Physiol. u. Anat., 1878. — Tigerstedt, Ergebnisse der Physiologie, 1912. — Pechstein, Biochem. Zschr., 1915, Bd. 68. — Saito, Pflügers Archiv, 1923, Bd. 198. — Macht, Journ. of Urol., 1917. — Merdler, Zbl. f. Gyn., 1923.

Digitized by Google

Versammlungen.

Wiener Dermatologische Gesellschaft.

Sitzung vom 8. Mai 1924.

Vorsitzender: Porias. Schriftführer: Kumer.

Riehl: **Nachruf auf Paltauf.**

Lamprecht: **Lues.** Frau mit diphtheritisch belegter Sklerose im linken Mundwinkel und reichlichem kleinpapulösen, primär lichenoiden Exanthem. Sclerodenitis praecipue regionalis. Alte inaktive Spitzenaffektion.

Scherber: **Beiderseitige Iritis luetica.** 28jähr. Mann. Luetisches Erstlingsexanthem mit beiderseitiger luetischer Iritis.

Scherber: **Tarsitis luetica (Moulage).** 27jähr. Pat. Die Tarsitis bestand beiderseitig. Die Haut beider Oberlider war braunrot, leicht uneben. Gegen den Lidrand hin wurde die braune Farbe intensiver. Lidrand selbst seicht ulzeriert, die Zilien nur stellenweise erhalten und durch Sekret klumpig verpacken. Oberlider selbst mächtig verdickt, hängen weit über die Unterlider herab. Am linken Auge gleichzeitige intensive spezifische Iritis und ein regionäres kumuliertes, papulokrustöses Syphilid. 7 Monate zuvor unvollkommene Abortivkur. WR zur Zeit der Tarsitis negativ, wurde während der Behandlung positiv. Im Anschluß daran berichtet Scherber über eine beiderseitige schwerste Keratitis parenchymatosa auf hereditärer Grundlage bei einem 28jähr. Pat. WR positiv, DM positiv. Auf 4 Neosalvarsaninjektionen völlige Resorption der Keratitis.

Scherber: **Neurofibromatosis Recklinghausen.** 62jähr. Frau, wenig Pigmentflecken, zahlreiche kleinere und größere Tumoren. Zwei sehr große Fibrome am linken Unterschenkel. Röntgenologisch starke Verbiegung beider Knochen nach innen, starke Verlängerung der Fibula. Schädel röntgenologisch frei, rechtes Auge amaurotisch, links die Zeichen einer hochgradigen Myopie mit entsprechenden Veränderungen in der Aderhaut. Hochgradige Kyphoskoliose der Brustwirbelsäule. Linke Mamma vor 2 Jahren wegen Adenoma papillare amputiert.

Aussprache: Riehl bemerkt, daß die Fälle von Recklinghausenscher Krankheit, welche, wie der demonstrierte, angeborene Anomalien der Knochen aufweisen, unser Interesse besonders verdienen, da sie zeigen, daß mit der histogenetischen Erklärung (Neurinome usw.) das Wesen des Prozesses, der auf einer weitgehenden Anlagsanomalie beruht, nicht restlos aufgeklärt wird.

Scherber: **Pemphigus vulgaris.** 60jähr. Frau. Blasen im Gesicht, am Stamme und an den Extremitäten auf normaler oder erythematöser Haut. Blasenbildung am Gaumen, in der Nase und im Rachen.

Gruß: **Salvarsandermatitis.** Bildung multipler bis linsengroßer eitrig belegter Ulzera an der Haut beider Oberschenkel und des Abdomens, die offenbar auf Gefäßschädigungen zurückzuführen sind. Es ist dies der dritte Fall, der im vergangenen Jahr an der Klinik mit dieser eigenartigen Komplikation beobachtet wurde.

Aussprache. Ullmann: Das neben einer Salvarsandermatitis auch örtliche Gefäßnekrosen mit Ulzerationen der Haut einhergehen, wurde oft beobachtet. Es wurde von Wagner in Graz die Vermutung ausgesprochen, daß Salvarsan und dessen Verbindungen jedesmal bis zu einem gewissen Grade die Innenwand der Gefäße schädigen, weshalb der intravenöse Weg eigentlich ein gefährlicher sei. Eigene Erfahrungen und Nachforschung in der Literatur haben mir, ausgenommen paravenöse Infiltrate, keine Anhaltspunkte für eine derartige Behauptung gegeben. Wohl aber sah ich selbst im Anschlusse an Salvarsaninfusionen mitunter befremdliche Knoten in der Haut, die ulzerierten. Ich führte sie ursprünglich auf nicht genügend gelöstes Präparat zurück. So einmal kurz nach der dritten Infusion, von denen die ersten zwei klaglos vertragen worden waren. Es ist jedoch viel wahrscheinlicher, daß dieses seltene Vorkommen an nicht einwandfreien Präparaten liegt, zumal wenn es mit Dermatitis universalis gleichzeitig einhergeht. Hierfür besteht eine reiche Literatur, besonders aus der Kriegszeit.

Arzt: **Psoriasis universalis.** 19jähr. junger Mann, seit 11 Monaten krank, zeigt eine universelle Erythrodermie mit großlamellärer Schuppung, partiellem Haarausfall und punktförmigen Veränderungen der Nägel. Geringe Drüsenschwellung. Blutbefund negativ. Histologisch: Hyper- und Parakeratose mit geringem, hauptsächlich perivaskulärem Infiltrat in der Kutis.

Digitized by Google

Löwenfeld: **Naevus anaemicus Vörner.** Talergroßer, aus weißen bis linsengroßen Flecken bestehender Herd über dem Stamm.

Remenovsky: **Psoriasis vulgaris.** Der vorgestellte Fall veranschaulicht die Reaktion der Psoriasis auf Reizung, eine Bereitschaft, für die Samberger die Bezeichnung parakeratotische Diathese in die Dermatologie eingeführt hat. Die schon bestehende Erkrankung zeitigte an der Stelle einer positiven Ektebinreaktion ebenso wie an Stelle einer frischen Narbe, typische Psoriasiseffloreszenzen. Die Inkubationszeit vom Reiz bis zur Eruption der Psoriasiseffloreszenzen dauerte ungefähr 3 Wochen.

Nobl: **Umgrenzte Anetodermie mit unterschichtetem Verdichtungsherd.** 34jähr. Frau. In der Höhe des zehnten Dornfortsatzes befindet sich ein pflaumengroßes Hautsäckchen besonderer Verschmächtigung, darunter eine tief eingelassene dicke Gewebsplatte beträchtlicher Derbheit. Über die näheren Beziehungen dieser Veränderungen wird der Gewebsbefund Aufschluß gewähren.

Nobl: **Acrodermatitis atrophicans und atypische Psoriasis.** 40jähr. Frau, deren seit einem halben Jahre bestehende Schuppenflechte aus bohnengroßen Papeln zusammengesetzt erscheint, die von mächtig erhöhten gelbbraunen, fettigen, wie sphärisch polierten Schuppenkuppen überlagert werden. Daneben fast spurlos abgeheilte feinschilfernde Flecke. Ein seit Monaten befolgtes Waschverbot scheint auf dem stark seborrhoischen Boden zu dem befremdenden Aussehen dieses Erstausbruches geführt zu haben. Die Akrodermatitis betrifft Handrücken und Vorderarme mit nur mäßig angedeuteter Atrophie.

Nobl: **Subkutane Armtumoren.** 40jähr. Frau. Vor 4 Jahren Menopause, seither zunehmende Fettleibigkeit und Bildung anfänglich empfindlicher Knoten. Am rechten Arm tastet man im Unterhautfett eine Reihe distinktstehender bis walnußgroßer derber Knoten. Über den Charakter der Einschichtungen wird demnächst berichtet werden.

Nobl: **Unilaterale Akrodermatitis.** 20jähr. Mädchen. Befallen ist ausschließlich der rechte Unterschenkel und auch dieser nur in unregelmäßiger flächenhafter Einstreuung. Stärkere Ausprägung gewinnt der erst seit wenigen Monaten bestehende Prozeß über den Knöcheln und unterhalb der Kniescheibe, an letzterer Stelle vereint mit der geläufigen geschwulstartigen Quellung des subkutanen Zellgewebes.

Nobl: **Verruköse Keratodermie der Handteller und Fußsohlen vom Charakter der Mißbildungen.** Der 56jähr. Kranke ist seit 40 Jahren vom Zustand befallen. Beachtenswert erscheinen dicht eingestreute, bleistiftdicke knochenharte Hornzapfen, welche als 4—8 mm lange Walzen aus den mehr warzigflachen Herden senkrecht emporsteigen. Allerorts setzten sich die auch auf einzelne Finger und Zehen übergreifenden Aussaaten aus dichtgestellten Einzelgebilden zusammen.

Ullmann: Genaue Betrachtung dieser multiplen Warzenbildung und deren scharfe Begrenzungslinien vorwiegend in der Region der Schweißdrüsen, zusammen mit der bisher nicht erwähnten Anamnese, daß der Pat. vor vielen Jahren längere Zeit Arsen genommen hat, spricht für arsenikale Keratodermie. Diese Genese wäre jedenfalls in Betracht zu ziehen. Auch in den von mir bisher beobachteten und zum Teil vorgestellten Fällen ist zwischen einer längeren Arsentherapie und der auffallend starken Wucherung der Horngebilde ein relativ langer Zeitraum von 10 Jahren und darüber feststellbar gewesen. Aus Fissuren kommt es dann zur Entzündung und Epitheliombildung.

Brünauer: **Ulcus rodens serpiginosum faciei.** Der 51jähr. Pat. zeigt in der Regio zygomatica ein typisches Ulcus rodens mit spontaner Vernarbung in der Mitte. An der linken Schläfe besteht eine linsengroße hypertrophische Plaque mit leicht erhöhtem, grauweißem Epithel. Es besteht die Möglichkeit, daß an letzterer Stelle sich ebenfalls ein Ulkus rodens entwickelt oder aber ein präkanzeröses Stadium vorliegt.

Brünauer: **Livedo racemosa und Erfrierungen.** Pat. hatte vor 4 Jahren einen Primäraffekt, absolvierte nur eine antiluetische Kur und zeigt nun einen ulzerösen Prozeß im Bereich des Sulcus coronarius. Daneben besteht eine ausgesprochene Livedo racemosa mit den typischen, baumförmig sich verästelnden Gefäßzeichnungen an der Streckseite der Extremitäten, an den Glutäi und am Stamm. Hinweis auf die Arbeiten von Hess-Kerl, Waelsch, Ehrmann und seinen Schülern. Auffallend ist, daß bei dem Pat. die Zeichen abgeheilter schwerster Erfrierungen an den Füßen bestehen. Der vorgestellte Fall stützt die von Ehrmann und seinen Schülern aufgestellte Theorie der Pathogenese der Livedo racemosa, daß nämlich zum Zustandekommen der letzteren eine angeborene Schwäche der Venenwände oder aber eine vorhergehende Parese der Venen, sowie eine kreislaufschädigende Erkrankung mit funktioneller oder anatomischer Stromeinengung notwendig ist.

Digitized by Google

F. Freund: **Adenoma sebaceum bei kongenitaler Lues.** 8jähriger Knabe mit Retinochorioiditis infolge Lues hereditaria zeigt an beiden Wangen einen typischen Naevus Pringle. Bei der nävusartigen Natur der Affektion wäre an eine Keimplasmaschädigung infolge angeborener Lues zu denken.

F. Freund: **Acne necrotica mit Herdreaktion auf Alttuberkulin.** Bei einem kräftigen 34jähr. Mann finden sich an der Stirnhaargrenze, am behaarten Kopfe und in der Gegend des Backen- und Schnurbartes, aber auch im oberen Anteil der hinteren Schweißfurche zahlreiche papulöse, hellbraune Effloreszenzen, mit typischer zentraler Nekrose und konsekutiver schüsselartiger Narbenbildung, welche durch ihre besondere Größe (bis fast Einhellerstückgröße) durch ihre Konfluenz und insbesondere dadurch bemerkenswert sind, daß sie auf Injektion von zwei Dezimilligramm Alttuberkulin deutliche Herdreaktion in Form breiter hyperämisch-ödematöser Säume zeigen.

F. Freund: **Eigenartige hämorrhagische Diathese.** Rüstige 64jähr. Wäscherin unter stets günstigen Ernährungsverhältnissen. Normale Menses, normale Partus. Mit 48 Jahren Menopause. Am 25. März 1924 trat plötzlich ohne vorangegangenes Trauma unter heftigen Schmerzen in der Schultergegend eine große flächenhafte Sugillation auf. 2 Tage später spontan großes schmerzhaftes Hämatom im Fettkörper der linken Mamma. Am 29. März entstand eine über flachhandgroße, tiefreichende Blutung am linken Vorderarm in Form einer blauroten, sich allmählich blauschwarz verfärbenden Scheibe, deren Zentrum eine haselnußgroße hämorrhagische Blase aufsaß. Dabei livide Verfärbung und Schwellung des linken Unterarmes und subfebrile Temperatur. Die letzterwähnte Stelle wandelte sich ziemlich rasch in eine feuchte Gangrän um, die derzeit gereinigt ist und frisch granuliert. Am 30. März fanden sich ein einzigesmal Erythrozyten im Harne. Am 27. April (also nach einem Monat) neuerlich heftige Schmerzen und große Blutung in das Fettgewebe der rechten Mamma, an deren oberer Fläche sich eine nußgroße Blase mit hämorrhagischem sterilem Inhalte entwickelte. Keine Blutkörperchen im Harne. Interner Status: Keine Stomatitis, keine Schleimhautblutungen. Sklerose der Aorta und weniger der peripheren Arterien, mäßige Blutdrucksteigung (170 mm Hg RR), leichtes Lungenemphysem. Augenfundus: o. B. Blut: Erythrozyten 3,3 Millionen; Sahli 80; F. J.; Leukozyten 10000, differentiell relative Lymphopenie, Thrombozyten 130000, Blutungszeit immer zwischen $2^1/_2$—3 Min., Gerinnungszeit anfangs 30 Min., fiel dann in der Zeit vom 14.—18. April auf 20 Min. und sank bei der letzterfolgten Blutung in der rechten Mamma auf $2^1/_2$ Min. Seither wieder geringer Anstieg auf 7 Min. Rumpel-Leede und WR negativ. Skorbut, thrombopenische und toxisch-infektiöse Purpura sind auszuschließen. Die anfangs enorm verlängerte Gerinnungszeit läßt auf Thrombokinasemangel schließen. Sehr schwierig ist die Einreihung des Falles in die bekannten Blutungskrankheitstypen. Das Krankheitsbild mit dem zyklischen Verlaufe und der verzögerten Blutgerinnung steht der erworbenen sporadischen Hämophilie noch am nächsten, doch dürften vielleicht auch nebenbei arteriosklerotische Veränderungen in Betracht kommen.

Ullmann: **Atropin- und lokale Arsentherapie zur unblutigen Heilung multipler Warzenbildung.** Demonstration des vor 6 Wochen vorgestellten Knaben mit multipler Warzenbildung an Händen und Füßen, der jetzt ohne jedwede chirurgische Maßnahme geheilt ist. Er erhielt durch die letzten Wochen tägliche Bepinselung mit Sol. Fowleri extern neben gleichzeitigen Gaben von zweimal $^1/_4$ mg Atropin in Pillenform durch die ersten drei Tage der Woche. Die bei dem Pat. seit Kindheit vorhandene universelle starke Hyperhidrosis, welche ich als vorwiegend prädisponierendes Moment zu dieser massenhaften Warzenbildung angenommen habe, wurde unter dieser kombinierten Therapie sehr bald auf ein Minimum beschränkt, und seit einigen Wochen schon ist Pat. von jeglichen Warzen vollständig frei. Auch in einem zweiten Falle, bei einem Mädchen, das profus schwitzte, führte dieselbe Therapie in ein paar Wochen zum vollständigen Schwinden der Warzen. Es genügt Sol. Fowleri für solche jugendliche Individuen, sonst 2% alkoholische Arsenlösung, wie in dem ersten behandelten Falle von Warzenbildung. Die von Jadassohn 1912 angegebene Therapie bei Schwitzern, von mir mit Atropin kombiniert, erweist sich als sehr wertvoll. Ohne näher auf die Therapie einzugehen, sehe ich hier in der ableitenden Wirkung der irritierenden Schweißbildung von der Haut zur Niere einen wesentlich kausal wirkenden Faktor zur Verringerung der in solchen Fällen bestehenden Hautdisposition zur Auskeimung des noch morphologisch unbekannten, aber durch Impfversuche längst sichergestellten filtrierbaren Virus.

Wertheim: **Pityriasis lichenoides.** 31jähriger Mann. Hautveränderungen seit 7 Monaten. Durchschnittlich linsengroße, wenig oder nicht erhabene blaßrote und bläulich- bis bräunlichrote Effloreszenzen, zum Teil im Zentrum von einem grauweißen Schüpp-

Digitized by Google

chen bedeckt, am Stamme spärlicher, an den Beugeflächen der Arme dichter angeordnet. Keine subjektiven Beschwerden.

Wertheim: **Pityriasis versicolor mit Höhensonne bestrahlt.** Erythem. Die Myzelauflagerungen absorbieren die ultravioletten Strahlen und deshalb sind die von ihnen bedeckten Hautstellen nicht hyperämisch und bleiben später pigmentfrei, so daß ein Leukoderma zustandekommt.

Urbach: **Scleroderma circumscriptum.** Frische Sclerodermie en plaque neben alter ausgeheilter Sclerodermie en bandes auf der Stirne.

Sußmann: **Angiofibrom mit Übergang in Angiosarkom.** Die Affektion ist an den Extremitäten, und zwar vorzugsweise an den unteren Extremitäten sowohl auf der Streck- als auch an der Beugeseite ausgebildet. Dort sieht man zum Teil in netzförmiger Anordnung eine blaurote Verfärbung der Haut, die eine etwas höhere Konsistenz aufweist als die Umgebung. Daneben größere mehr braun verfärbte Plaques mit fingerförmigen Ausläufern, deren Oberfläche eine wesentlich verstärkte Fältelung zeigt. In diesen und neben diesen Herden linsengroße blaurote Papeln. Histologisch das Bild des Angiofibroms und Angiosarkoms.

Riehl: Um die überflüssige Bereicherung der Literatur um eine neue Krankheitsbenennung zu vermeiden, möchte ich feststellen, daß der demonstrierte Fall als Sarcoma idiopathicum Kaposi bezeichnet werden muß. Das Fehlen der größeren Tumoren ist manchen Fällen im Anfange der Erkrankung, wo die flächenartige Ausbreitung vorherrscht, eigentümlich, und auch das geschilderte histologische Bild entspricht den Anfangsformen des Kaposi-Sarkoms.

Königstein: Wir haben uns nicht entschlossen, diesen Fall in die Gruppe des Sarcoma idiop. Kaposi einzureihen, weil bloß flache, im Niveau der Haut gelegene Bildungen vorliegen. Da aber Riehl in Erfahrung in diesem Umstande heinen Gegengrund erblickt, schließen wir uns der Diagnose Sarcoma idiop. Kaposi an.

Spitzer: **Pemphigusähnliches Exanthem.** Bei einer Saccharinarbeiterin tritt im Anschluß an eine bullöse Dermatitis der Hand innerhalb weniger Tage am ganzen Körper ein Erythem mit Quaddelbildung und Blasenbildung auf.

Kren: **Pityriasis lichenoides.** Das in diesem Falle ziemlich große papulöse Exanthem, das bei einem Luetiker aufgetreten ist und deshalb um so erklärlicher den Grund zu einer Verwechslung mit Lues abgegeben hat, zeigt außerdem in zahlreichen Effloreszenzen kleine Hämorrhagien und bildet somit sozusagen den Übergang zu jenen hier von Mucha und anderen vorgestellten Fällen. Viele Effloreszenzen weisen deckelartige, dünne aber kompakte Schuppen auf. WR negativ. Eine anderwärts durch Wochen durchgeführte Hg-Kur bestätigte durch ihre Erfolglosigkeit zum Teil die Diagnose.

Kumer: **Erythema multiforme.** Bei drei Männern akut aufgetreten, ausgedehnte Beteiligung der Mundschleimhaut. Effloreszenzen an Händen, Füßen und am Penis. Infolge des ulzerativen Prozesses der Mundschleimhaut war bei einem Pat. selbst die Flüssigkeitsaufnahme unmöglich und mußte die Fütterung mittels Sonde erfolgen. In letzter Zeit kamen schwerste Fälle von Erythema exsudativum multiforme gehäuft zur Beobachtung.

Fuhs: **Sclerodermie en bandes.** 46jähr. Patientin, die an der Haut der rechten unteren Extremität, besonders an der Innen- und Vorderseite des Unterschenkels mehrere streifenförmige, unscharf begrenzte plattenförmige Herde aufweist. In ihrem Bereiche ist die Haut gelblichweiß verfärbt, derb infiltriert, zum Teil an der Unterlage fixiert, ihre Oberfläche moulagenartig, teils glatt, teils zart schuppend.

Fuhs: **Lupus vulgaris ulcerosus der Nase und Lichen scrophulosorum.**

Sitzung vom 22. Mai 1924.

Vorsitzender: Ehrmann. Schriftführer: Kumer.

Löwenfeld: **Lichen planus.** Zwei Fälle. Bei dem einen Pat. finden sich neben typischen Einzelefflorescenzen und Gummen am Skrotum und an den Handgelenken polygonal begrenzte Herde von mehr uncharakteristischem Aussehen und verrukösen, schuppender Beschaffenheit, einem Lichen ruber verrucosus entsprechend, an den Unterschenkeln. Bei der zweiten Pat. zeigten sich außer typischen Blüten an den Armen zahlreiche stark juckende, uncharakteristische Knötchen am Stamm, die oberhalb der Nates zu zwei größeren lichenifizierten Herden konfluiert sind.

Kantor: **Raupendermatitis.** Zwei typische Fälle. In dem einen Falle zustande gekommen durch die Raupe eines Spinners (Prozessionsraupe). Die Raupen verletzen

Digitized by Google

beim Kriechen über den Körper mit ihren spitzen Haaren die Oberhaut und deponieren dann in der Läsionsstelle einen organischen Giftstoff, der die Hautveränderung verursacht.

Remenovsky: **Erythema induratum.** 17jähr. Pat., die seit mehreren Wochen wiederholt Schübe von akut entzündlichen, flachen und druckschmerzhaften Knoten an den Unterschenkeln bzw. über den Tibien erlitt. Die Rückbildung erfolgte sehr langsam, mit Hinterlassung lividblauer, etwas verfärbter Flecke. Die frischen Erscheinungen entsprechen vollkommen dem Bild des Erythema nodosum, doch war der über viele Wochen sich erstreckende protrahierte Verlauf und die unvollständige Rückbildung abweichend. Zudem zeigt die Pat. stark positive Tuberkulinreaktion. Es handelt sich also nicht um ein Erythema nodosum, sondern um eine Übergangsform zum Erythema induratum. Die Erscheinungen sind als Reaktion auf spezifische bazilläre Invasion aufzufassen.

Remenovsky: **Erythema induratum.** Bemerkenswert ist die Anordnung der braunen, zum Teil exulzerierten Knoten in einer geraden horizontalen Linie um die ganze Zirkumferenz des linken Unterschenkels. Die Pat. trug hohe Schnürschuhe, deren oberer Rand dem Sitze der Knoten entsprach, und welche sie immer fest zusammengeschnürt trug. Es ist sehr wahrscheinlich, daß der schnürende Druck der Schuhe das auslösende Moment für die Ausbildung der Erythemknoten in dieser Anordnung gewesen ist. Auf perkutane sowie subkutane Tuberkulinapplikation stark positive Reaktion.

Nobl möchte bezüglich der im Kindesalter auftretenden nodösen Erythemformen doch zu der Ansicht neigen, daß es sich bei diesen um Erstmanifestationen von Tuberkuliden handelt. Eine Reihe klinisch von der frühen Kindheit an verfolgter Beobachtungen gab N. Gelegenheit, nach abklingenden Schüben vom Charakter des sogenannten kontusiformen Erythems rezidivierende Nachschübe zu registrieren, die allmählich in bezug auf Aussehen und Verlauf ganz dem Bilde des Bazinschen Granuloms entsprachen. N. verfügt sogar über einige Fälle, bei welchen im Alter von 20—30 Jahren (es waren dies Frauen) exulzerierende Bazinknoten das Leiden komplizierten, die gleich den geschlossenen Formen neben typisch tuberkulösen Strukturen auch ganz uncharakteristische Reaktionstypen darstellten, im Laufe der Zeit mit anderen Tuberkuliden (akneiformes T., Lichen scroph., Conjunctivitis phlyktän., Iristuberkel) simultan in Erscheinung traten und schließlich an Lungentuberkulose zugrunde gingen. N. stehen auch autoptische Befunde zur Verfügung.

Ullmann: Wenn auch die bisher erbrachten histologischen Veränderungen des Erythema nodosum keine sichere Handhabe zur Ätiologie geben, so kann doch die Anamnese und der Verlauf der Affektion nach Jahr und Tag etwas beweisen. Ich erinnere mich an mehrere Fälle, mit hervorragenden Klinikern wie Monti, Frühwald und erfahrenen Kinderärzten zusammen beobachtet, bei denen nahezu ausnahmslos auch die Gefahr in Beziehung zur Tuberkulose im Vordergrund stand und doch sich in keinem der Fälle später eine Tuberkulose manifestiert hatte. Stets wurde nur das rheumatische Moment — auch vom erfahrenen Monti — in den Vordergrund gestellt, wofür auch lokale Schmerzhaftigkeit und Fieberbewegungen sprechen. Der oft mehr chronische Verlauf bis zu den Grenzfällen des Er. Bazin wird uns heute vollständig verständlich; die serologische Beschaffenheit mit ihren Abwehrstoffen, nach Individuum und auch Lebensalter verschieden, bestimmt die Akuität und Benignität des Verlaufes und ist hier charakterisiert in einer erethisch-rheumatischen Diathese mit Neigung zur Gefäßläsion und Infektion aus dem Kreislauf. Diese alte Auffassung hat sich bis heute in der ganzen Welt nicht geändert. Wenn also eine Infektion Ursache ist, ist sie ursprünglich gewiß äußerst selten tuberkulöser Natur, sondern in gewissen Fällen durch andere Bakterien bedingt, nach Rosenows (Am. derm. ass., 1914) durch Streptokokken, wieder in anderen leichteren Fällen überhaupt ohne bestimmte Natur der Knoten und in sehr seltenen Fällen im späteren Lebensalter auch durch wirkliche Tuberkuloseinfektion (Er. Bazin). Bestimmteres hängt von weiteren positiven histologischen und serologischen Nachweisen ab.

Nobl: **Erythema induratum.** 19jähriges Mädchen, das neben dem Bazinschen Knotenerythem gleichzeitig papulonekrotische Tuberkulide und tuberkulöse Konjunktivalknötchen zeigt. Die akneiformen Elemente besetzen hauptsächlich die Armstreckflächen, die Erythemknoten die Unterschenkel. Am Rücken sieht man intensive 24stündige Tuberkulinreaktion (Moro, Löwenstein). Am Arm exzessive Stichreaktion.

Nobl: **Lues nasi.** 32jähr. Pat. Ausgangsformen eines infiltrativen Nasenprozesses, der an exzessive Varianten der Akne varioliformis erinnert. Die Nase und deren Um-

Digitized by Google

gebung sind von verschieden tiefreichenden, scharf umgrenzten Narben eingenommen, die an einzelnen Stellen, wie am rechten Nasenflügel, serpiginöse Formen annehmen. In die Tiefe reichende Infiltrationsherde deuten auf den Charakter des Zustandes hin. Es handelt sich um gruppierte Tubercula cutanea, die in einjährigem Wuchervorgang zu diesen destruktiven Veränderungen geführt haben. Die Infektion reicht auf das Jahr 1915 zurück. Zur Zeit der Ansteckung eine unvollständige Kur.

E. Spitzer: **Verätzungsdermatitis.** Entstanden an Schultern und Rücken bei einem Lastträger, der Säcke mit Zement verladet und bei der Arbeit stark schwitzt.

E. Spitzer: **Dermatitis bullosa.** Entstanden an den Vorderarmen und im Gesicht bei einer Löterin infolge Salzsäure.

Balban: **Lichen planus und Petroleumakne.** Die vorgestellte Pat. kam vor 2 Monaten mit typischen Lichen ruber planus, flachen polygonalen, perlmutterartig glänzenden bläulichroten zum Teil gedellten Knötchen in Behandlung. Nach 4 Wochen langer Anwendung von Arsen innerlich und Salizylvaseline lokal hatte sich das Bild in folgender Weise verändert: Jedes Knötchen war in eine entzündlich rote, halbkugelige Effloreszenz umgewandelt, von denen zahlreiche ein hyperkeratotisches Pfröpfchen tragen. Nach Aussetzen der lokalen Behandlung blaßten die Knötchen ab und wurden flacher. Es liegt nahe, anzunehmen, daß es unter Rückgang des Lichen ruber planus, durch das im Vaselin enthaltene Petroleum zur Entwicklung einer Petroleumakne kam. Die Einwilligung zur Probeexzision konnte nicht erlangt werden.

Urbach: **Netzförmige Pigmentierung mit Narben nach Thermophoreinwirkung.** 49jähr. Pat., die seit Jahren wegen Adnextumoren Salzthermophore verwendet. Sie zeigt im Bereiche des ganzen Unterbauches mit Aussparung der Nabelgegend eine tiefdunkelbraune netzförmige Hautzeichnung, die zwischen sich vollkommen normal pigmentierte Hautfelder einschließt. Die Achse zahlreicher solcher brauner Netzstreifen ist weiß, eingesunken und zeigt auch sonst alle Charaktere einer Narbe. Diese Narben beschränken sich nur auf das pigmentierte Maschenwerk, während die dazwischenliegenden weißen Hautpartien vollständig normal sind. Damit ist die Möglichkeit, daß es sich um eine Verbrennung dritten Grades handelte, die mit Narbenbildung abgeheilt ist, ausgeschlossen. In der Literatur über Pigmentierung nach Hitze und Kälte (Buschke und Eichhorn, Hess und Kerl, Lehner und Kenedy) sind solche Narben nicht erwähnt. Dieses Detail ist aber deshalb interessant, weil es uns einen weiter vorgeschrittenen Grad der Schädigung der Haut als die Pigmentierung anzeigt, eine Schädigung, die offensichtlich nur jene Hautpartien befällt, die über dem subkutanen Venennetz gelegen sind. Das entspricht auch der Auffassung Buschkes, der die Thermophorpigmentierung eine Livedo marmorata pigmentosa nennt. Ob nun die Ursache für die Narbenbildung in der in ihrer Vitalität durch relative Unterernährung geschädigten Haut liegt, oder ob andere Momente hier eine ursächliche Rolle spielen, kann derzeit nicht entschieden werden.

Aussprache. Sachs: Buschke und Eichhorn haben das Krankheitsbild der Cutis marmorata pigmentosa eingehend beschrieben und unterscheiden eine Cutis marmorata vasculosa pigmentosa und hyperplastica. Das Interessante an dem demonstrierten Fall ist die Atrophie in dem pigmentierten Netz.

Riehl: **Salzsäureverätzung.** 60jähr. Frau, welche durch Übergießen mit Salzsäure (Racheakt) mehrere drittgradige Verschorfungen am Scheitel, Hals und Stamm aufweist. Riehl bespricht die Eigenart der Salzsäureverätzung.

Rusch: **Psoriasis vulgaris des Lippenrotes.** Zum Teil sind es Herde, die von der Lippenhaut in das Lippenrot mit scharf bogig begrenzten Rändern hineinragen, man sieht aber auch dunkelrote, flach erhabene Knötchen, die isoliert inmitten des Lippenrotes sitzen, besonders im Bereiche der Oberlippe. Die Mundschleimhaut ist unverändert. Im übrigen besteht hinsichtlich der Lokalisation ein Typus inversus.

Rusch: **Parapsoriasis Brocq.** Seit 12 Jahren bestehen bei einer Frau außerordentlich zahlreiche dicht und netzförmig angeordnete Flecke, nahezu universell ausgebreitet, bei oberflächlicher Besichtigung eine flächenhafte Erkrankung vortäuschend. Die Schuppung, erklärt durch die gleichzeitig bestehende ichthyotische Hautbeschaffenheit, ist vielerorts besonders massig.

Rusch: **Urticaria pigmentosa (xanthelasmoidea von fleckartigem Typus).** 28jähr. Frau, die seit 3 Monaten das Krankheitsbild an Stamm und Extremitäten ausgebreitet aufweist. Urticaria factitia. Dabei traten auch an unversehrter Haut rosarote Quaddeln auf. Geringer Juckreiz. Am Stamme bestehen überdies zahlreiche pigmentierte, meist warzenartige Nävi, zum Teil in systemisierter Anordnung. Innere Organe gesund, normales Blutbild.

Digitized by Google

Pils: **Strichförmige Dermatose.** 15jähr. Pat. mit einer seit 5 Monaten bestehenden strichförmigen Hautveränderung des linken Unterarmes und Handrückens. Dieselbe zeigt stellenweise Ähnlichkeit mit einem Lichen planus, im übrigen überwiegt ein follikulär ekzematöser Charakter. Die Affektion, die sich allmählich vom Ellenbogen distalwärts ausbreitete, heilt nun in gleicher Folge wieder ab. Einzureihen wäre der Fall in die nicht allzuselten beobachteten Fälle von strichförmiger Dermatose von ekzematösem Typus.

Kren: **Poikilodermia.** 46jähr. Pat. mit Lungentuberkulose. Über weite Partien, besonders an den Streckseiten, aber auch am Stamm ausgedehnte Erkrankung. (Wird ausführlich mitgeteilt.)

Ullmann: **Unbehandelte Syphilis.** Der 24jähr. Mann zeigt tiefgehende narbige Defekte an Stirne, Schläfen und Stamm. Im Bereiche des linken Kieferwinkels stehen oval gruppierte Pusteln und krustöse Infiltrate im Anschluß und ringsum an eine vereiterte Lymphdrüse, außerdem Hautgummata und typische Sarcocele syphilitica. WR stark positiv. Vor etwa 2 Jahren ein weiches Geschwür mit Bubo. WR wurde damals nicht gemacht. Interessant ist, daß der stetige Druck der Violine vom Kranken selbst als Provokation für sein gummöses Infiltrat am Kieferwinkel betrachtet wird.

Porias: **Erythema multiforme bullosum.** Außer Erythemflecken und fast nußgroßen Blasen an den typischen Stellen Aussaat ebensolcher Flecke und kleinerer Blasen im Gesicht und an den Ohren. Vermutung, daß starke Belichtung das reichliche Auftreten an diesen Stellen begünstigt hat.

Fasal: **Lupus vulgaris.** 23jähr. Mann, der am Stamm und den Extremitäten bis handtellergroße scharf begrenzte, serpiginöse Herde und in deren Umgebung vereinzelte sehr derbe Knötchen zeigt. Schwierigkeit der Differentialdiagnose, da die Entwicklung innerhalb dreier Jahre erfolgte und außerdem Verwachsungen und Narbenstränge zwischen Plica palatopharyngea und hinterer Rachenwand bestehen, von welcher Pat. nur anzugeben weiß, daß er vor etwa 15—20 Jahren längere Zeit Halsschmerzen hatte. Die rasche Entwicklung spricht für eine hämatogene Aussaat. Die Diagnose wird histologisch bestätigt. Die Involution zweier Herde ist Folge therapeutischer Maßnahmen mit Ektebinsalbe (Lupusheilstätte).

Planner: **Psoriasiformes Syphilid.** Exquisite Streckseitenlokalisation. Schwierige klinische Differentialdiagnose gegen Psoriasis vulgaris, die nur durch Zerfallserscheinungen einer Papel am Unterschenkel (Rupia) gestellt werden kann. WR positiv, angeblich keine luetischen Antezedentien, keine Kur.

Planner: **Lupus vulgaris.** Eigenartige multiple, münzengroße Herde in der rechten Wangen- und Submaxillargegend. In Differentialdiagnose kommen Epitheliom und Lupus erythematodes. Verifikation der Diagnose durch die histologische Untersuchung. Das lupöse Infiltrat ist nur in ganz dünner Lage unter dem Epithel ausgebreitet, worauf wohl die klinischen Besonderheiten des Falles zurückzuführen sind.

Kumer: **Parapsoriasis.** 27jähr. Mann, seit 4 Monaten erkrankt. An Stamm und Extremitäten Exanthem aus bis linsengroßen schuppenden, braunroten Knötchen, die auf Druck nicht abblassen. Vielfach zeigen diese Effloreszenzen auch Hämorrhagien.

Fuhs: **Keratoma hereditarium palmare et plantare.** 23jähr. Pat. mit diffuser, scharf begrenzter Schwielenbildung an Hand- und Fußflächen, die in ihrem Übergang in die normale Haut von einem inkonstanten hellroten Randstreifen begleitet ist. Im Bereiche der hyperkeratotisch veränderten Haut finden sich tiefe Risse und Sprünge, verstärktes Hautrelief, sowie mehrfach auch entsprechend den Schweißdrüsenporis grübchenförmige Absumptionen. Außerdem besteht Hyperidrosis der Handteller und Fußsohlen.

Randak: **Systemisierter Nävus.** Zwei Fälle. 42jähr. Pat. mit zwei streng halbseitig lokalisierten Pigmentnävis und 5jähr. Mädchen mit flächen- und strichförmigen verrukösen Bildungen hauptsächlich der linken Körperhälfte.

Arzt: **Leukämische Lymphadenose mit prurigoähnlichen Hauterscheinungen.** 62jähr. Mann, der im Jahre 1922 mit universeller Drüsenschwellung erkrankte und damals 17200 weiße Blutkörperchen, darunter über 47% Lymphozyten, dabei aber auch 6,5% eosinophile Zellen aufwies. Vorerst traten Hautblutungen, später ein intensiver Juckreiz mit papulösen Effloreszenzen, vor allem an den unteren Extremitäten, auf. Schleimhäute frei. Zunahme allgemeiner Drüsenschwellung. Probeexzisionen aus den Hauteffloreszenzen ergaben zirkumskripte Infiltrate, einheitlich aus Lymphozyten aufgebaut.

Digitized by Google

Arzt: **Tuberculosis mucosae oris.** 20jähr. Mechanikergehilfe mit ausgedehnten, zerfallenden Geschwüren am weichen Gaumen, die Uvula teilweise zerstörend und auf die Gaumenbögen sich fortsetzend. Mehrmalige WR positiv. Luetin positiv. Luetische Anamnese negativ. Histologisch erst bei der zweiten Exzision Knötchen aus Epitheloidzellen und Riesenzellen nachweisbar, Tuberkelbazillenbefund negativ.

Referatenteil

redigiert von Dr. MARIE UNNA, Hamburg-Bergedorf.

Fachzeitschriften.

Zeitschrift für Urologie.

1924, Bd. 18. Nr. 10 u. 11.

Zur Behandlung der Harnröhren-Mastdarmfistel, von F. Voelcker. Chir. Univ.-Kl. Halle a. S. S. 514. An der Hand eines Falles illustriert der Verf. ein neues Verfahren zur Behandlung der Harnröhrenmastdarmfistel, dessen Erfolg ihn veranlaßt, dasselbe zur Nachprüfung zu empfehlen.

Beteiligung der Nieren im Krankheitsbild der multiplen Myelome, von H. Guggenheimer, III. Med. Kl. Univ. Berlin. S. 523. Bericht über zwei Fälle. Es ist anzunehmen, daß die häufige Beteiligung der Nieren bei multiplen Myelomen auf die Schädigung der Nieren als Exkretionsorgane durch den pathologischen im Blut kreisenden Eiweißkörper (Bence-Jonescher Eiweißkörper) zurückzuführen ist. Diese Nierenschädigung kann dann zur Ausscheidung von Serumalbumin und Zylindern im Harn führen und zu Funktionsstörungen. Bei anfallsweisen Schmerzen, Knochenveränderungen und schwerer Kachexie ist an den Bence-Joneschen Eiweißkörper zu denken, danach zu fahnden und die Diagnose multiple Myelome zu sichern.

Über spontane Verkleinerung von Nierensteinen, von K. Scheele, Chir. Univ.-Kl. Frankf. a. M. S. 528. Gebrauch von Wildunger Wasser hatte die Folge einer Verkleinerung von Nierensteinen (Röntgenbild und schließlich Operation). Es kann sich somit nur um entzündliche Steine handeln, die in infizierter Umgebung entstanden sind und durch starke Spülung abgewaschen und so verkleinert werden (Phosphatsteine). Reine primäre Steine unterliegen dieser Metamorphose nicht. In jedem Falle wird wohl die Operation notwendig sein.

Nierentuberkulose und Nierenkolik, von R. Hottinger-Zürich. S. 533. Verf. macht an der Hand von zwei Fällen darauf aufmerksam, daß Nierenkoliken auch bei Nierentuberkulose vorkommen können, insbesondere wenn das Röntgenogramm keine Steine zeigt.

Das inkrustierte Geschwür an den Harnleitermündungen, von H. Rubritius, Urol. Abt. Allg. Polikl. Wien. S. 537. Die Ursache des inkrustierten Geschwürs ist verschieden, einerseits die Zystitis oder Niereneiterungen, wo Eiter sich in der Blase festsetzt, oder wo Eiter und Bakterien sich als die Grundlage des Geschwürs erweisen. Wenn diese Geschwüre sich besonders an den Harnleitermündungen festsetzen, so ging sicher eine Pyelitis vorher, oder es handelt sich um eine steinbildende Diathese, Blasengeschwüre bei einer Nierentuberkulose. Therapie: Exstirpation.

Über Ureterenfisteln und Uretereneiterungen, von L. Casper. S. 545. Kurzer Bericht über die verschiedenen Ursachen der Ureterenfisteln und Eiterung. Es bleiben oft nach einer Nephrektomie Bauchwandfisteln zurück, welche auf eine Eiterung des Ureters zurückzuführen sind, oder Tuberkulose ist die Ursache einer Fistel. Insbesondere berichtet der Verf. über ein Empyem des Ureters. Die Therapie besteht in Auspülung mit Argentum.

Über die Veränderung der Harnausscheidung bei Bakteriurie und Pyelitis, von G. R. Schlayer. S. 549. Verf. machte die Beobachtung, daß bei einer einfachen frischen Pyelitis, bei der eine Nierenbeteiligung auszuschließen war, plötzlich nach einer dreitägigen Periode starken Durstens und Schwitzens eine Polyurie auftritt, verbunden mit einem ganz auffallend starken Sturz des spezifischen Gewichtes. Hierbei wird ein

Digitized by Google

Ansteigen der Temperatur beobachtet, als ob es sich um ein Aufflackern der Pyelitis handeln würde. Man kann vielleicht die Erklärung darin finden, daß unter der Einwirkung des sehr hoch konzentrierten Urins eine örtliche Reizung des Pyeloms eintritt und diese die Ursache der Polyurie wird. Nach Auffassung des Autors handelt es sich hier um einen toxischen Reiz, also bei nephrogenen Polyurien auf dem Boden toxischen Reizes.

Die chirurgische Behandlung der Niereninsuffizienz, von V. Blum-Wien. S. 555. Obwohl eine vollkommen erklärende Theorie der Wirkung der Dekapsulation bei der Nephritis, der Urämie, Eklampsie, Ödemen, Nierenglaukom bisher nicht erzielt worden ist, ist die ausgezeichnete Wirkung nicht in Abrede zu stellen. Nach den persönlichen Erfahrungen des Verf. verspricht die Operation, Nephrolysis und Dekapsulation einen Erfolg bei nephritischen und essentiellen langdauernden Blutungen, bei Anurie nephritischen Ursprungs, Urämie, Eklampsie, bei Nephrosen, Nierenglaukom und der Nephritis bei Wanderniere, oder einer mit Niereninsuffizienz vorgeschrittenen Prostatahypertrophie. Bei letzterer ist allerdings zu beachten, ob nicht durch Enukleation der Drüse die Insuffizienz zu heben ist, wenn die Beobachtung dies ergibt, ob es sich um eine Stauung der Blase, Ureteren und Nierenbecken handelt, oder ob eine chronische Schrumpfniere, arteriosklerotische Nephritis vorliegt.

Tuberkulöse Nephritis und Nierentuberkulose, von H. Wildbolz-Bern. S. 566. Beobachtungen verschiedener Autoren ergeben, daß es eine tuberkulöse Infektion der Nieren gibt, bei der im ganzen Organe lediglich zwei banal erscheinende Entzündungsherde entstehen und gar keine tuberkulösen Gewebereaktionen. Außer diesen Formen gibt es die sog. fibröse Nierentuberkulose, wo in der tuberkulös infizierten Niere einzelne Tuberkel vorhanden, im Nierengewebe scheinbar unspezifische, entzündliche Bindegewebswucherungen und Schrumpfungen entwickelt sind, die die spezifischen tuberkulösen Veränderungen überwiegen. Eine Verkäsung oder ein kavernöser Zufall tritt gar nicht oder in ganz geringem Maße ein. Schließlich ist die disseminierte Knotenform zu betrachten, wo die fibrösen Prozesse sehr stark zurücktreten, die Entzündungserscheinungen sich fast ausschließlich in tuberkulösen Knoten äußern, Tuberkelknoten, die aber nie kavernös zerfallen und nicht verkäsen. Außerdem gibt es noch die käsig kavernöse Form mit ausgedehnten Käseherden und Kavernen und banalen Entzündungsherden. Verf. ist der Ansicht, daß die Tuberkelbazillen Antikörper erzeugen, welche Tuberkulopyrin erzeugen mit der Eigenschaft tuberkulöse Veränderungen des Gewebes hervorzurufen — andererseits Antikörper, welche Tuberkulopyrin entgiften und der Fähigkeit beraubt werden, Tuberkel zu bilden.

Zur Frage der kryptogenetischen Entzündung der Harn- und männlichen Geschlechtsorgane, von A. Lewin-Berlin. S. 572. Bericht über einen Fall, wo eine Infektion vom Darmkanal aus als Ursache für eine schwere Sepsis mit hauptsächlicher Lokalisation in den Harn und männlichen Geschlechtsorganen zu einem tödlichen Ausgang führt. Bei kryptogenetischen Eiterungen in den Harnwegen ist darauf zu achten, ob ihre Quelle nicht in der Bakterienflora des Darmes zu suchen ist.

Beitrag zur Chirurgie tiefsitzender Uretersteine, von E. Joseph und H. Janke. S. 575. Steine des Harnleiters sind eine ernste Erkrankung, da sie häufig zur Inkarzeration im untersten Ureterabschnitt neigen, Dekubitus des Ureterohrs, Ureteritis, Periureteritis und Vernichtung der zugehörigen Niere können daraus folgern. Schwer geschädigte Nieren — bei Funktionstüchtigkeit der zweiten Niere — sind sofort zu operieren. Die Konkremente sind endovesikal oder durch extraperitoneale Ureterlithotomie zu entfernen.

Über den Begriff „Hydronephrose" im allgemeinen und über den Nachweis der durch akzessorische Gefäße verursachten „Hydronephrose" mit der Röntgenuntersuchung, von A. v. Lichtenberg-Berlin. S. 585. Unter den mannigfachen Ursachen, die zu einer Hydronephrose — über die der Verf. eine einigermaßen klare Definition gibt — führen, kann ein falscher den Harnleiter kreuzender Verlauf der akzessorischen Arterien durch Abschnürung der Harnleiter anfangs eine Erweiterung des Nierenbeckens verursachen. Intermittierende Schmerzen von unangenehmem Druckgefühl bis zu Kolikanfällen sind das einzige Symptom, welches unser Augenmerk auf die Diagnose führen kann; zu den Untersuchungsmethoden gehört die von dem Verf. inaugurierte Pyelographie; zwei Röntgenaufnahmen demonstrieren eine Hydronephrose. Therapie: Durchtrennung des Gefäßes und Nephropexie. Am Schlusse macht der Verf. darauf aufmerksam, daß auch eine starke Vene den Ureter abschnüren kann. In diesem Falle hat der Autor die Enervation der Niere vorgenommen ohne funktionelle Störungen.

Digitized by Google

Von der Stellung der männlichen Keimdrüsen im endokrinen Korrelationssystem und „anhormonaler" Impotenz, von L. Pulvermacher-Berlin. S. 593. Diese großzügig angelegte Arbeit, die eines besonderen Studiums bedarf, eignet sich nicht zu einem kurzen Referat.

Zur Harnleiterverlegung (Ureterkompression) bei Schwangeren, von P. Straßmann-Berlin. S. 620. Schmerzen, Hindernisse des Harnabflusses und Stauungen des Urins bei Schwangeren müssen daran denken lassen, daß es sich um eine Kompression des Ureters handelt. Diese „Ureterobstipation" findet sich bei Schwangeren häufiger infolge der stärkeren Belastung durch den wachsenden Uterus. Die durch eine Obstipation entstehende Bakteriurie führt scheller zu einer Pyelitis. Eine prophylaktische Diätetik und Ureterenkatheterismus erleichtern die Beschwerden und verhindern die Pyelitis.

Über die Bedeutung der grampositiven Diplokokken bei chronischer Urethritis und deren Adnexorgane, J. Cohn-Berlin. S. 626. Grampositive Diplokokken — welche von anderer Seite als Gonokokken angesehen werden — gehören zu den nicht pathogenen Staphylokokken, da sie nicht Gelatine verflüssigen und auch keine Hämolysenbildung zeigen. Die Behandlung besteht hauptsächlich aus Autovakzine. Lokale Behandlung erfolglos.

Operative Heilung der insuffizienten Niere vor Nephrektomie der andern, von H. Kümmell-Hamburg. S. 633. Es gibt sekundär infizierte Nieren, deren krankhafte Erscheinungen nach Beseitigung der primär schwerkranken Niere von selbst ausheilen. Es gibt aber auch sekundär infizierte Nieren, die nicht wie bei Tuberkulose z. B. oder bei Tumoren der anderen Niere ausheilen. Man muß daher zunächst die zweite erkrankte Niere zu heilen suchen, ehe man an die Operation der erkrankten herangeht. Hierzu eignen sich zwei Operationsarten, die Nephrotomie und die Dekapsulation, welche letztere jetzt wegen ihrer Einfachheit und Ungefährlichkeit sehr verbreitet ist, welche eine Entspannung der Nierenkapsel und andererseits die Bildung des Kollateralkreislaufs bewerkstelligt, dadurch die Schäden der Harnstauung und der Gifte, welche im sezernierenden und harnleitenden System der Niere angrenzen, vermindert. Nach Ansicht der Verff. beruht die Wirkung der Dekapsulation auf der operativen Beeinflussung der Sympathikusfasern, welche die Nierenkapsel in großer Menge umgeben und durchgreifen, es findet eine Erweiterung der Gefäße und eine Durchblutung der mit dem Gefäßnetz durchsetzten Niere statt.

Zur Kasuistik der Fremdkörper in der Blase, von H. L. Posner-Jüterbog. S. 643. Bei einer zystoskopischen Untersuchung fand der Verf. einen 8 cm langen 0,9 cm starken Schlauch, der durch masturbatorische Manipulationen in die Blase gelangte.

W. Chrzelitzer-Waldenburg.

The Urologic and Cutaneous Review.

Oktober 1924, Bd. 28, Nr. 10.

Neuere Ergebnisse der Chemotherapie (Recent Developments in Chemo-Therapy), von George W. Raiziss und I. Tulchinsky-Philadelphia, Pa. S. 575—581. Die Chemotherapie, die die Zerstörung von Parasiten innerhalb des tierischen oder menschlichen Körpers anstrebt, hat ihre eigenen spezifischen Probleme und Methoden, die besonders auf die Bestimmung der Toxizität, des therapeutischen Effektes der chemischen Verbindungen und des chemotherapeutischen Index hinzielen. Die Auffindung des Salvarsans bildet einen Merkstein in der Entwicklung. Von den Präparaten wird als wirksamstes das Neoarsphenamin bezeichnet, in neuerer Zeit ist das Sulpharsphenamin hinzugekommen; es muß dahin gestrebt werden, Präparate zu kombinieren, die eine gute Penetrationsfähigkeit in das Nervengewebe besitzen, wozu die Trivalenz und Pentavalenz des Arsens besonders geeignet erscheint. Verschiedene französische Präparate werden besprochen, ferner das Tryparsamid. Bedeutung der Wismutpräparate. Dem Bestreben, Quecksilberpräparate von einer der bisherigen überlegenen Wirksamkeit bei geringerer Toxizität zu finden, entsprangen die Präparate Merkurosal, Flumerin, Merkurochrom, Merkurophen. In Verfolg der Studien über Mono-nitro-Kresole wurde das stark bakterizide Metaphen gefunden. Die Chemotherapie ist in der Lage, neues Licht auf die Ursachen verschiedener Infektionskrankheiten und die sie begleitenden pathologischen Prozesse zu werfen.

Digitized by Google

Syphilis bei den Eingeborenen Südafrikas (Syphilis in the South African Native), von Reith Fraser-Kapstadt. S. 581—585. Es scheint sich bei der Syphilis der Eingeborenen um eine erst in neuerer Zeit eingeführte Krankheit zu handeln; die Bevölkerung ist jedoch derartig syphilisiert, daß es jetzt schwer fällt, zwischen erworbener und angeborener Syphilis mit Sicherheit zu unterscheiden. Syphilis d'emblée erscheint häufig. Unter den sekundären Syphiliden sind varioloide, schwere pustulöse, rupioide oft zu beobachten. Die inneren Organe werden verhältnismäßig selten ergriffen. Gummöse Ulzerationen erstrecken sich über viele Jahre. Bemerkenswert sind ausgedehnte favusähnliche Erkrankungen des Kopfes. Lues congenita tarda ist häufig. Nervensyphilis kommt nicht vor. Das Material erscheint geeignet für das Studium des Immunitätsproblems und der Bedeutung der serologischen Veränderungen für die Zukunft des Zerebrospinalsystems des Syphilitikers.

Die Frage des amerikanischen Ursprunges der Syphilis (The Question of the American Origin of Syphilis), von Alfred Martin-Bad Nauheim. S. 585—590. Erneute Erörterung der Frage unter Zugrundelegung der Literatur und historischer Belege. Verf. hält an dem amerikanischen Ursprunge fest, zumal die Krankheit vor der Entdeckung Amerikas in Deutschland nicht nachgewiesen werden kann. Dafür spricht auch das Auftreten einer neuen, epidemischen Krankheit in Form einer schweren Syphilis in Nürnberg, über die der Magistrat am 30. August 1496 dem Medizinal-Kollegium Fragen vorlegte.

Blasensyphilis mit akuter Retention infolge von Hämorrhagie (Syphilis of the Bladder with Acute Retention Due to Hemorrhage), von Benjamin A. Thomas und John M. Mras-Philadelphia, Pa. S. 590—591. Die Auffassung des Falles als syphilitische Erscheinung entspricht der Anamnese, der positiven WR, dem plötzlichen, ohne Schmerzen erfolgenden Auftreten der Blutung, dem Aussehen der Ulzeration der Blase, der ausgesprochenen Besserung nach spezifischer Behandlung.

Hydroureter, von Charles E. Stolz-Los Angeles, Cal. S. 591—594. Die Erkrankung äußerte sich in Anfällen von Retention. Die Röntgenaufnahmen zeigen auf der linken Seite eine Hydronephrose und einen erweiterten Ureter, auf der rechten Hydronephrose, enormen Hydroureter, ferner zahlreiche kleine Blasendivertikel.

Dermatologie an der Hand von Fällen (Case Histories in Dermatology), von J. Harper Blaisdell-Boston, Mass. (Fortsetzung.) S. 595—600. Herpes gestationis. Impetigo contagiosa. Furunkulose. E. Levin-Berlin.

Annales de Dermatologie et Syphiligraphie.

1924, Bd. 5, Nr. 10.

Über progressive und rezidivierende Dermatofibrome oder Fibrosarkome der Haut. (Dermatofibromes progressifs et récidivants ou fibrosarcomes de la peau), von J. Darier. S. 545. Es werden kutan und subkutan liegende Tumoren der Haut beschrieben, die sowohl klinisch als auch pathologisch-histologisch gut charakterisiert sind. Sie befinden sich meistens (immer?) in der Gegend des Nabels und der Leistenbeuge, erinnern in ihrem Aussehen zunächst an herdförmige Sklerodermie, wachsen dann aber zu Tumoren, die langsam sich weiter entwickeln trotz verschiedener physikalischer Zerstörungsmethoden und trotz Exstirpation leicht rezidivieren. Sie haben den typischen Bau eines Fibroms, um später die Charakteristika eines Sarkoms anzunehmen. Die Affektion ist nicht schmerzhaft, zeigt keine Destruktion, nicht einmal Ulzeration, sondern nur leichte durch das Schürfen der Kleidung mechanisch bedingte Erosionen. Keine regionäre Drüsenschwellung, das Allgemeinbefinden ist zunächst nicht gestört. Von den vier beobachteten Fällen kam einer nach 15 Jahren an Marasmus ad exitum, ein anderer mit Tumoren in der Leistengegend wurde von einer Lymphangitis mit nachfolgender feuchter Gangrän befallen, der er nach 45jähriger Dauer der Krankheit erlag. Die beiden anderen Fälle bestehen erst seit kurzer Zeit. Chirurgische Behandlung, die aber auch keine sicheren Erfolge gewährleistet, ward vorgeschlagen. Dem Tumoren kommt der Name Fibrosarkom zu. Sie sind charakterisiert als umschriebene Neubildung, nicht entzündlich, von langer Dauer, von großer Hartnäckigkeit und Neigung zum Wachstum aus bisher unbekannter Ursache.

Ein Fall von Mycosis fungoides im prämykotischen Stadium (Un cas de mycosis fongoide à sa période prémycosique: Observation clinique et recherches experimen-

Digitized by Google

tales), von G. de Stefano. S. 563. Beginn der starkjuckenden Erkrankung vor 4 Jahren mit roten, leicht erhabenen Flecken am linken Unterschenkel. Pat. von 39 Jahren, gutes Allgemeinbefinden, Haut kann in großen Falten abgehoben werden, Fettgewebe gering, Muskulatur schlaff, innere Organe o. B. Die Effloreszenzen nehmen die Oberfläche des ganzen Körpers mit Ausnahme der Hände und Füße ein. Urin o. B. Wassermann negativ, bakteriologische Untersuchungen ohne Ergebnis. Histologisch: Das Stratum corneum zeigt geringe Vermehrung von Hornzellen, in kleineren Bezirken fehlt das Epithel bis auf das Stratum corneum, statt dessen befindet sich dort eine Anhäufung von runden Zellen mit großen Kernen. Teilweise steigen die Zellen bis zum Stratum papillare und blieben dort Haufen um die Bulbi der Haare. Auch im Epithel finden sich stellenweise Einschlüsse von konzentrisch gelagerten Zellen, die ihrerseits Hornzellen einschließen, dazwischen spärlich Bindegewebe. Im Korium sind die Veränderungen fast ausschließlich auf die oberflächlichen Schichten beschränkt, man findet retikuläres Gewebe mit großen und kleinen Lymphozyten, fixe Bindegewebszellen, einige atypische Myelozyten, Plasmazellen und Mastzellen, ferner Fremdkörper-Riesenzellen, sehr spärlich Eosinophile und einige pigmenttragende Zellen. Die Bestandteile sind um die Kapillaren angeordnet. Verf. spricht sich für den infektiösen Ursprung der Erkrankung aus. Die Behandlung bestand in einigen Injektionen von Neosalvarsan, später, als Pat. sich weigerte, in Röntgen. Einige Effloreszenzen verschwanden, während die Mehrzahl bisher unverändert blieb.

Über Komplikationen im Nervensystem und über das Verhalten des Liquor bei frischer Lues (Complications du côté du système nerveux dans la syphilis récente et le liquide céphalorachidien), von J. Leyberg und A. Starzynski. S. 571. Die Lues des Nervensystems ist von den Neurorezidiven streng zu trennen. Von 380 Erkrankungen, Dauer der Beobachtungen bis zu 5 Jahren, bilden 40 Fälle von Neurolues die Grundlage der Abhandlung. Da die Komplikationen von seiten des Nervensystems bei frischer Lues viel häufiger sind, als man ahnt, so soll in allen Fällen ein genauer Nervenstatus aufgenommen werden. Wassermann und die anderen Untersuchungen des Liquor sind nach Möglichkeit vorzunehmen. Ebensowenig wie ein negativer Blutwassermann schließt das Verschwinden der klinischen Erscheinungen im Laufe einer Behandlung die Möglichkeit von Rezidiven aus. Nur die Liquoruntersuchungen ergeben die Indikation für weitere Behandlung oder die Möglichkeit einer Prognose. Auch wenn nur eine der Liquoruntersuchungen (Wassermann, Zellzahl, oder Globulinreaktion) positiv ausfällt, soll der Liquor als pathologisch aufgefaßt werden. Ein normaler Liquor bei manifesten klinischen Symptomen ist kein Beweis gegen die Spezifität einer Erkrankung.

Lanzinierende Schmerzen bei Tabes und Malaria (Les crises fulgurantes du tabès et du paludisme), von B. Saad-Beyrouth. S. 597. Verf. geht von der Beobachtung von Dujardin und Duprez aus, daß Tuberkulosetoxine auf die Auslösung von tabischen Krisen Einfluß haben, und liefert einen Beweis für die noch weiter gehende Behauptung der genannten Autoren, daß jede andere chronische Intoxikation dasselbe Resultat herbeiführen könne. Es wird ein Fall von sicherer Tabes beschrieben, der durch Infektion mit Malaria (nicht therapeutische) außerordentlich heftige Schmerzen bekam und zwar fünfmal hintereinander bei jedem Anfall von Malaria bis diese durch Chininbehandlung genügend beeinflußt war. Verf. glaubt, daß Malaria, zu krankhaften Prozessen „Kongestionen" der Meningen und der hinteren Wurzeln führen kann, wodurch die Rücken- und Kniegelenkschmerzen zu erklären sind. Wenn nun bei einem Tabiker gelegentlich eines Malariaanfalles diese Schmerzen bis zur höchsten Intensität gesteigert werden können, so ist das nur so zu verstehen, daß die durch den tabischen Prozeß schwerwiegend veränderten hinteren Wurzeln einem neuen Angriff durch die Malaria ausgesetzt sind, der dann diese heftigen Schmerzen auslöst. In Syrien würde man gut tun, bei jedem Fall von heftigen tabischen Krisen nach Malaria zu fahnden, denn eine antiluetische Behandlung würde wenig Erfolg bringen, während die Behandlung der Malaria unerwartet gute Resultate geben kann. F. J. Baar-Bad Kreuznach.

The British Journal of Dermatology and Syphilis.

1924, Bd. 36, Nr. 10.

Die mit Leukämie und verwandten Zuständen verbundenen Hautaffektionen (The Skin Manifestation Associated with Leukaemia and Allied Conditions), von H. Rolleston. S. 407. Zwei verschiedene Gruppen: 1. Infiltrationen oder Tumoren, die histo-

Digitized by Google

logisch mit der Primärerkrankung verwandt sind, 2. verschiedene nicht spezifische Veränderungen in der Haut, wie Pruritus, Prurigo, Pigmentierung, erythematöse, desquamative, bullöse Eruptionen, durch Toxine verursacht, die möglicherweise von Zellzerstörung im hämopoetischen System herrühren. Zu ersteren gehören die Chlorome, multiplen Myelome, Lymphadenome. Eine sehr häufige Begleiterscheinung des Lymphadenoms ist Pruritus, und derselbe ist auch verantwortlich für die nächst häufigere Hauterkrankung bei Lymphadenom, für Prurigo. Pruritus und Eosinophilie kommen beide zusammen beim Lymphadenom vor, aber Pruritus ist nicht notwendig von Eosinophilie begleitet oder umgekehrt. Im allgemeinen sind Hauterkrankungen häufiger bei der akuten wie bei der chronischen Leukämie; bei ersterer ist die häufigste und am meisten charakteristische die Purpura, welche beinahe als Teilerscheinung der Krankheit anzusehen ist; wahrscheinlich verursacht durch Thrombose oder leukozytäre Verstopfung der kleinen Gefäße, möglicherweise aber auch manchmal das Result sekundärer Infektion und bakterieller Embolie. Die chronische lymphoide Leukämie ist die Ursache der meisten wirklichen leukämischen Hauttumoren; dieselben können sehr ausgedehnt sein und dem Gesicht, ihrem Lieblingssitz, ein leoninisches Aussehen geben, von rotbläulicher Farbe und zuweilen Lepra vortäuschend.

Zwei Fälle von Hauterscheinungen bei leukämischen Erkrankungen (Two Cases of Skin Manifestations in Leukaemic Affections), von J. Almkvist-Stockholm und L. Arzt-Wien. S. 428. Der erste Fall betraf einen 62-, der zweite einen 31jähr. Mann. Der erste gehört zur Gruppe der leukämischen Lymphadenosen und zeigte klinisch die Erscheinungen der lymphatischen Leukämie, aber histologisch in der Haut (vor allem der Extremitäten, aber auch am Rumpf) leukämische Infiltrationen, und auch das Blutbild ergab zeitweise beträchtliche (6,5%) Eosinophilie. Mit heftigem Jucken verbunden, traten trotz Röntgenbestrahlung immer wieder neue Knoten unter der Haut und Bläschen auf, bis ein interkurrentes Erysipel das tödliche Ende herbeiführte. Die Autopsie ergab allgemeine leukämische Infiltration von Leber und Milz, in den intra vitam und post mortem exzidierten Hautstückchen außerordentliche Infiltration von Lymphozyten und viele Eosinophilen. Der zweite Fall gehört zur Gruppe der leukämischen Myelosen und war begleitet von Schleimhautbläschen an Lippen, Zunge, Kehlkopf und Geschwür an der Unterlippe (sehr ähnlich einem Primäraffekt) und Hauterscheinungen, welch letztere in spärlich über Brust, Bauch, Armen und Oberschenkel zerstreuten harten Knötchen verschiedener Größe bestanden. Klinisch war ferner Milzvergrößerung bemerkenswert. Entsprechend dem Blutbefunde wurde in den Hautknötchen myeloide Infiltration festgestellt. Trotz Röntgentherapie verschlechterte sich des Pat. Befinden sehr rasch, bis das tödliche Ende eintrat.

Einige Fälle von Trichophytie und Mikrosporie und ihr Zusammenhang mit Lichen spinulosus (Some Cases of Trichophytides and Microsporides and their Connection with Lichen Spinulosus), von R. Cranston Low, Univ. Edinburgh. S. 432. 6 Fälle, sämtlich Kinder im Alter von 3—11 Jahren, wo im Anschluß an Trichophytia capitis eine allgemeine lichenoide und ekzematöse Eruption am Körper sich einstellte; dieselbe ähnelte in einigen Fällen vollständig dem sogenannten Lichen spinulosus. Die Frage erhebt sich nun, ob es sich um Sekundärinfektionen oder wirkliche Pilzaffektionen, die weiter übertragen wurden, handelt; wenn auch in den lichenoiden Stellen keine Pilze (Microsporon Audouini) gefunden wurden, so waren die mikroskopischen (histologischen) Bilder bei Lichen spinulosus und den Trichophytien des behaarten Kopfes ganz identische. Auffallend war, daß die Allgemeineruption meist gerade dann aufzutreten begann, wenn nach der Röntgenbestrahlung die Kopfhaare wieder zu wachsen begannen. Wenn Verf. nicht so weit geht, zu behaupten, daß alle Fälle von Lichen spinulosus auf Pilzerkrankung zurückzuführen sind, da ja auch ohne letztere der Lichen vorkommt, so handle es sich bei letzterem doch zuweilen um wirkliche Trichophytie und vielleicht bei allen Lichenfällen um eine Pilzinfektion und Resorption von irgend einem bakteriellen Herde aus in den Körper.

M. Stern-München.

Bücherbesprechungen.

Der heutige Stand der Lehre von den Geschwülsten, im besonderen der Karzinome, von C. Sternberg. (Julius Springer, Wien 1924.) Ein von dem bekannten Wiener Pathologen mit erquickender Frische und leicht faßlich geschriebenes Buch, das nicht nur den Jünger der Medizin, sondern auch den Fachmann über alle, die Lehre

Digitized by Google

von den Geschwülsten betreffenden Fragen rasch und bequem orientiert. St. beschäftigt sich zunächst mit der Definition des Begriffs einer Geschwulst, ohne indes selbst eine solche zu geben. Er steht vielmehr auf dem Standpunkt, daß auch heute noch im wesentlichen die von Virchow seiner „Lehre von den Geschwülsten" vorausgeschickten Worte Geltung haben, daß es eben nicht möglich ist, eine erschöpfende und allerseits befriedigende Begriffsbestimmung zu geben. Er zitiert die Definitionen von Borst, von Ribbert und Albrecht, die sämtlich untereinander abweichen und so in der Tat eine Stütze für den Virchowschen Standpunkt liefern. Im zweiten Kapitel behandelt St. die Atypie der Geschwulstzellen und kommt dabei auf deren Malignität zu sprechen. Dabei erwähnt er Ribbert, demzufolge Malignität und Benignität nur Wachstumserscheinungen sind und daß es bösartige Zellen nicht gibt. Dieser Ribbertschen Anschauung schließt sich St. an mit den Worten, daß keine Eigenschaften existieren, die der einzelnen Tumorzelle den Stempel der Malignität aufdrücken. In diesem Kapitel wird auch einzelner serologischer Methoden gedacht, die es ermöglichen sollten, die Krebsdiagnose klinisch zu stellen. In weiteren Kapiteln wird die Einteilung der Geschwülste, die Metastasenbildung sowie das Auftreten multipler primärer Tumoren besprochen. Wichtig ist Kapitel 6, das über die Ätiologie der Geschwülste handelt, wobei die Virchowsche Ringtheorie, die Cohnheimsche, die Entstehung der Geschwülste auf Keimversprengungen zurückführende sowie die ihr nahestehende Ribbertsche Theorie und endlich die parasitäre Theorie sowie die gegen jede derselben zu erhebenden Einwendungen erörtert werden. Es wird jetzt von der Mehrzahl der Autoren angenommen, daß die Voraussetzung für die Geschwulstentwicklung in einer Änderung des biologischen Zellcharakters zu erblicken ist, die den Zellen angeboren bzw. ererbt ist, aber auch im späteren Leben erworben werden kann. Interessant ist Kapitel 7, das sich mit der experimentellen Krebsforschung beschäftigt, aus der hervorgeht, daß die Übertragung echter Geschwülste vom Menschen auf Tiere bisher als nicht einwandfrei erwiesen angesehen werden kann, während an der Übertragung primärer Tumoren von Tier auf Tier nicht der geringste Zweifel herrscht. Daß dabei der bedeutsamen Versuche Ehrlichs ausgibig gedacht wird, ist selbstverständlich. Versuche, durch einmalige oder wiederholte Traumen Tumoren zu erzeugen, fielen völlig negativ aus. Eingehend wird auf die grundlegenden Versuche Fibigers, dem es durch Spiropteraverfütterung gelang, einwandfrei echte, metastasierende Krebse im Rattenmagen zu erzeugen und auf die durch lange fortgesetzte Teerpinselungen hervorgerufenen Hautkrebse weißer Mäuse Bezug genommen. Es werden durch diese Teerapplikationen dauernd geringfügige Gewebsläsionen gesetzt, die durch exzessiv gesteigerte Zellregenerationen schließlich Zellen mit enorm starker Wachstums- und Vermehrungsfähigkeit entstehen lassen. In einem letzten Abschnitt beschäftigt sich St. mit einigen mehr allgemeinen Fragen der Geschwulstpathologie, so der Vererbung von Geschwülsten, der Umwandlung gutartiger Tumoren in bösartige, der Beziehung zwischen Trauma und Geschwulstentstehung und der spontanen Heilung bösartiger Geschwülste. Die Lektüre des Buches sei angelegentlichst empfohlen.

E. Fraenkel-Hamburg.

Beziehungen der ekzematösen Erkrankungen zu inneren Leiden, von S. Ehrmann. (Verlag C. Marhold, Halle a. S. 1924.) In der kleinen Abhandlung behandelt Verf. das vorliegende Thema zwar knapp, doch unter Heranziehung alles Wesentlichen. Er gibt dem Leser ein anschauliches Gesamtbild der Beziehungen zwischen den inneren Erkrankungen und dem Ekzem; dabei kommt auch die Therapie in genügender Würdigung zur Geltung. Der Gesamtstoff ist in drei große Abschnitte eingeteilt: 1. Ekzem und Stoffwechselstörung, wobei die Beziehungen zum Diabetes, zur uratischen Diathese und zur Nephritis besprochen werden; 2. die von den Mündungen des Verdauungs- und des Urogenitaltraktes ausgehenden Ekzeme, unter die neben anderen diejenigen um den Mund und die Ekzeme in der Afterkerbe und ihrer Umgebung fallen. Schließlich ist ein 3. Kapitel einer eingehenden Besprechung der Neurodermitis gewidmet, bei der besonders auch ihre Beziehungen zu Störungen in den Verdauungsorganen (Anazidität, Hypazidität usw.) besprochen werden und ihr Zusammenhang mit Störungen der inneren Sekretion. Ein jeder wird aus der Broschüre theoretische, besonders aber auch so manchen praktischen Rat des alten erfahrenen Dermatologen entnehmen können.

E. Langer-Berlin.

Über Eheberatung, von S. Gschwendtner. (Verlag F. Steurer, Linz 1924.) Ausgehend von den Lenzschen Theorien über „Menschliche Erblichkeitslehre und Rassenhygiene" betont der Verf. in seiner Schrift die Nutzanwendung auf die Ehe. Es sei nachgewiesen, daß Alkohol, Quecksilber, Tabak, Arsen, Röntgenstrahlen als keimschädi-

Digitized by Google

gende Wirkung der Erbmasse anzusehen sind. Verf. warnt vor der Sucht nach Höchstleistungen in körperlicher und geistiger Beziehung, betont die Notwendigkeit der Auslese bei der Gattenwahl und legt großen Wert auf ein inniges Familienleben mit möglichst reicher Kinderzahl. B. Nadel-Danzig.

Taschenbuch der mikroskopischen Technik 1924, von B. Romeis. (Verlag Oldenbourg, München. 11. Aufl.) Von den 568 Seiten dieses, jetzt kaum noch den Namen eines Taschenbuchs verdienenden, bereits in 11. Auflage erscheinenden Buches, kommen 462 Seiten auf die Behandlung des eigentlichen Stoffs, der Rest auf das Autoren- und das eine sehr rasche Orientierung gestattende Sachregister sowie auf eine tabellarische Zusammenstellung der gebräuchlichsten Fixierungs-, Einbettungs- und Färbungsmethoden. Das Buch enthält in der Tat alles, was an nur einigermaßen brauchbaren Methoden für die mikroskopische Untersuchung der verschiedenen Zellen und Gewebe bzw. Organe und Organsysteme bekannt ist und ist für jeden Mikroskopiker unentbehrlich. Die Darstellung ist so klar und alle Vorschriften sind so präzise, daß es auch dem Anfänger auf diesem Gebiet nicht schwer fallen wird, selbständige mikroskopische Untersuchungen, auch nach komplizierteren Methoden auszuführen. Sehr wertvoll ist es, daß Verf. in einem besonderen Kapitel (35) auch Anleitungen für mikroskopische Studien an embryonalen Objekten gibt, sowohl bei wirbellosen als auch bei Wirbeltieren. Ein paar sachliche Bemerkungen seien mir gestattet. Ich kann dem Verf. nicht darin beistimmen, daß die Färbung des elastischen Gewebes bei der Orzeïnmethode (Tänzer-Unna) nicht so scharf ist, wie bei der Anwendung von Resorzin-Fuchsin; es hängt freilich alles von einem guten Orzeinpräparat ab. Dann färben sich die elastischen Elemente direkt schwarz und heben sich gegen die nach meiner Angabe mit polychromem Methylenblau blaugefärbten zelligen Elemente und das weißgebliebene kollagene Gewebe aufs schärfste ab. Die Färbung hat zudem den Vorteil, daß man gleichzeitig im Gewebe enthaltene Mikroorganismen sichtbar macht. Deswegen hat mir gerade diese Methode bei meinen zahlreichen bakteriologischen Gewebsuntersuchungen ausgezeichnete Dienste geleistet. Auch die von mir mit Orzeïn geübte, auch von Schmorl hervorgehobene sogenannte Vierfachfärbung (Lithionkarmin, Orzeïn, Pikro-Indigokarmin) gibt sehr farbenprächtige Bilder. Bezüglich des Glykogennachweises (nach Best) hat sich R. an die Reproduktion der Originalvorschrift von Best gehalten, aber man hat dabei, wie ich nachgewiesen habe, sehr oft negative Resultate. Es kommt auch dabei auf ein gutes Karmin an, und es ist meist eine sehr viel längere Färbezeit, unter Umständen bis zu 34 St. nötig, um brauchbare Ergebnisse zu erzielen. (Virchows Archiv, Bd. 204.)

E. Fraenkel-Hamburg.

Die Schuppenflechte und ihre Behandlung, von S. Jessner. (Verlag: C. Kabitzsch, Leipzig 1924.) In einem bereits in 3. Auflage erschienenen Büchlein hat Jessner erfolgreich versucht, zwei Aufgaben gerecht zu werden: Erstens dem praktischen Arzt einen Leitfaden an die Hand zu geben, der ihn befähigt, den heutigen Stand unseres Wissens über Symptomatologie, Diagnose, Differentialdiagnose und Therapie zu übersehen und die nach Lage des Einzelfalles zweckmäßigste Behandlungsart einzuschlagen, um die Psoriasiseruption jeweils fortzubringen. Zweitens ist die Schrift auch geeignet, dem gebildeten Laien von seinem Arzt empfohlen zu werden. Das große Gewicht, das der Psoriatiker häufig auf sein Leiden legt, erheischt solch eine Schrift, deren Lektüre ihn davon abbringen wird, bei jedem der so häufigen Rückfälle einen anderen Arzt aufzusuchen und oft genug beim Kurpfuscher „radikale Dauerheilung" dieses lästigen und chronischen, aber glücklicherweise so ungefährlichen Leidens zu suchen.

F. Jacobsohn-Berlin.

Die Überpflanzung der männlichen Keimdrüse, von R. Lichtenstern. (Verlag: J. Springer, Wien 1924.) Die Schrift gibt einen Überblick über die bisherigen praktischen Erfolge, welche der Verf. durch die operative Nutzanwendung der Steinachschen Lehren und Forschungen erzielte. „Einfluß der Keimdrüsen auf die sekundären Geschlechtscharaktere" sowie Anatomie und Physiologie der „Zwischenzellen" werden besprochen; sodann folgt ein Abschnitt über die Wahl des Einpflanzungsmaterials und Beschreibung der Operation. Als Implantat hat sich menschlicher Hoden als am geeignetsten erwiesen; die überpflanzten Organe stammen von gesunden Patienten (WR und Prüfung nach Pirquet erforderlich), denen sie wegen Kryptorchismus entfernt und unmittelbar nach der Exstirpation dem neuen Träger eingepflanzt werden. Die Implantation erfolgt am besten auf den M. obliquus externus. Als Indikation zur Operation gelten Folgen völliger Kastration, Eunuchoidismus und Homosexualität. Von 22 wegen dieser Erkrankungen operierten Männern wurden die besten Erfolge bei Kastraten erzielt,

Digitized by Google

in der Mehrzahl dieser Fälle mit Dauerwirkung. Von den Eunuchoiden reagierten jugendliche Patienten günstig auf die Operation. Die Erfolge in der Behandlung der Homosexualität ergaben noch kein einwandfreies Bild; hierüber sind die Erfahrungen und Versuche noch nicht abgeschlossen. — Der Schrift ist eine ausführliche Literaturübersicht beigegeben. O. A. Schwarz-Berlin.

Die Beziehungen der Genitalorgane zu Hautveränderungen, von K. Wiener. (Verlag: C. Marhold, Halle a. S. 1924.) Verf. hat sich auf Anregung von Jadassohn der dankenswerten Aufgabe unterzogen, die Beobachtungen während der letzten 13 Jahre über Beziehungen zwischen Genitalorganen und Hautveränderungen zusammenfassend darzustellen. Vielfach greift Verf. auf die handbuchartige Bearbeitung dieses Gebietes durch Oskar Scheuer zurück, um dem Leser eine abgerundete Darstellung zu bringen. Die einzelnen Abschnitte behandeln den Einfluß der Pubertät, der Menstruation und Erkrankungen der weiblichen Genitalorgane, der Schwangerschaft, der Geburt, des Puerperiums, der verminderten, fehlenden oder pathologisch gesteigerten Keimdrüsenfunktion und des Koitus auf die verschiedenartigsten Hauterscheinungen. Das Buch verdient einen großen Leserkreis. F. Harry-Wiesbaden.

Sero-, Vakzine- und Proteinkörpertherapie, von B. Busson. (Verlag: J. Springer, Wien 1924.) B. faßt in klarer und übersichtlicher Form die praktischen Erfahrungen der Sero-, Vakzine- und Proteinkörpertherapie zusammen und gibt die notwendigen theoretischen Aufschlüsse. Verf. weist auf die Notwendigkeit der individuellen Behandlung hin, die zwischen einseitiger Kritik und Polypragmasie die Wage halten soll. Die hier gegebenen praktischen Richtlinien werden dem weniger Erfahrenen eine schnelle Orientierung ermöglichen. Daß dabei einige neuere wichtige Forschungsergebnisse keine Berücksichtigung gefunden haben, ist schade. So wäre es sehr wünschenswert gewesen, die Bedeutung des autonomen Nervensystems für Immunitätsverhältnisse, Herdreaktionen usw. zu erwähnen, wenn diese Frage auch noch keineswegs geklärt ist. Haben doch erfreulicherweise die Kapitel: Hautorgan, Malariatherapie der Paralyse eine eingehendere Behandlung gefunden. Als besonders wertvoller Hinweis scheint bei dem Kapitel Hautreaktion die Betonung, daß die Herdreaktion ein wesentliches Glied in der Kette der Immunitätsvorgänge ist, das Fieber aber nur ein Symptom, das mit der Heilwirkung eines therapeutischen Eingriffes nicht parallel geht. Im ganzen ist dem Büchlein eine weitgehende Verbreitung zu wünschen, da es vielen ermöglichen wird, sich eine klare Vorstellung der besprochenen Gebiete zu bilden. R. Hölscher-Hamburg.

Wassermannsche Reaktion und Ausflockungsreaktionen einschließlich der Trübungsreaktionen im Lichte neuerer Forschung, von W. Weisbach. (Verlag: G. Fischer, Jena 1924. 2. Aufl.) Weisbach konnte seine Monographie nach relativ kurzer Zeit bereits in 2. Auflage erscheinen lassen, zum mindesten ein Zeichen dafür, wie groß das Bedürfnis nach einer kritischen Übersicht über dies sich ja dauernd noch im Flusse befindliche Gebiet ist. So wertvoll und interessant auch die den größten Teil des Heftes einnehmenden eigenen Untersuchungen des Verf., die sich in der Hauptsache mit der Klärung des Mechanismus der WR, MR und SGR befassen, ohne Zweifel sind, so erscheint mir andererseits doch die Herausgabe als abgeschlossene Monographie in der von ihm eingeschlagenen Weise nicht ganz am Platze zu sein. Denn wenn Weisbach auch, wie er in seinem Vorwort zur 2. Auflage selbst betont, nur die theoretisch wichtigen Arbeiten im Zusammenhang mit seinen eigenen Versuchen besprechen will, so müssen auch in dieser Beziehung wesentliche Lücken festgestellt werden. Es fehlen, um nur ein Beispiel zu nennen, bei der kritischen Besprechung der Flockenanalysen die interessanten Untersuchungen von Sachs und Sahlmann, die auf biologischem Wege in den Niederschlägen außer Extraktlipoiden auch Eiweißbestandteile des Serums feststellten. In seinen eigenen Versuchen zur Klärung des Mechanismus der serodiagnostischen Methoden stellt Verf. in Übereinstimmung mit schon früher von H. Sachs gemachten Ausführungen u. a. fest, daß der positive Ausfall von einer gewissen Labilisierung der Serumglobuline abhängig ist, daß der Niederschlag der Flockungsreaktion aus Serumglobulinen und Extraktlipoiden besteht und daß schließlich vor allem „keine Anhaltspunkte dafür vorliegen, daß bei der WR spezifischen ambozeptorartigen Luesreaginen irgend eine Rolle zukommt". Bei dem schon erwähnten Bedürfnis, über den theoretischen und praktischen Stand der Serodiagnostik der Syphilis von Zeit zu Zeit von berufener Seite eine kritische Gesamtwürdigung zu erhalten, wäre es dankenswert, wenn der Verf. eine weitere Auflage in diesem Sinne ausbauen würde.

F. Georgi-Breslau.

Digitized by Google

Mitteilungen aus der Literatur.

Syphilis.

c. Therapie.

Intraartikuläre Jodnatrium-Injektionen, eine neue Behandlungsmethode spätsyphilitischer Gelenkaffektionen, von H. Schlesinger, III. Med. Abt. Allg. Krkhs. Wien. (W. kl. W., 1924, Nr. 26, S. 643.) Verf. berichtet über 2 Fälle von spätsyphilitischen Gelenkaffektionen, die bei Hg- bzw. Salvarsantherapie zwar Besserung, aber nur bis zu einem gewissen Punkt zeigten. Die darauf versuchten Jodnatriuminjektionen in die befallenen Gelenke hatten nicht nur eine enorm schnelle, sondern auch eine verblüffend durchgreifende Wirkung, so daß z. B. die bei Fall I anscheinend ankylosierten Gelenke nach der 3. Injektion bereits aktiv und ausgiebig bewegt werden konnten. Es wurde eine 10%ige Jodnatriumlösung injiziert, und zwar je nach der Größe des Gelenkes 0,2—1,0 ccm. F. M. Peter-Hamburg.

Blennorrhoe.

c. Therapie.

Behandlung des akuten Trippers beim Manne, (Treatment of Acute Gonorrhoea in the Male), von J. J. Abraham-London. (Lancet, 1924, Bd. 206, Nr. 5259, S. 1223.) Für den Dermatologen nichts von Bedeutung. M. Stern-München.

Zur Diagnose der weiblichen Gonorrhoe, von A. Glingar, Maria-Theresia-Frauenhospital und urol. Station des Sophienspitals Wien. (M. Kl., 1924, Nr. 35, S. 1208 bis 1209.) Die Diagnose ist dadurch erschwert, daß viele Fälle chronisch ohne äußere Erscheinungen verlaufen, der Gonokokkenbefund bei Anwesenheit zahlreicher anderer Keime zweifelhaft ist, die Kultur oft versagt, Gramfärbung nicht als absolut beweisend gelten kann. Die beste Provokation ist die Menstruation; die künstlichen Provokationsmethoden haben nur problematischen Wert. Verhältnismäßig große Bedeutung hat die Rektaluntersuchung; hier oft Gonokokken, wenn sonst nichts gefunden wird. Zur Untersuchung wird ein weiblicher Glaskatheter oder ein Nélatonkatheter 6 cm tief in das Rektum eingeführt, 50—100 ccm lauwarmes Wasser eingespritzt und in ein Glas ablaufen gelassen. Es kommen dann zur Untersuchung geeignete Schleimflocken mit heraus. Häufig zeigten sich positive Befunde bei als hämorrhoidal betrachteten Blutungen. E. Levin-Berlin.

Erfahrungen mit Aqua Santali, von H. B. Kaldori. (W. m. W., 1924, Nr. 33, S. 1726.) Durch seine entzündungshemmende und schmerzlindernde Komponente eignet sich das Aqua Santali zur Einleitungsbehandlung der akuten Anteriorblennorrhoe, in deren weiteren Verlauf langsam eine ansteigende Kombination mit den Silbersalzen vorgenommen wurde. Es zeigte sich bei dieser Anwendungsart ein häufiges Ausbleiben von Komplikationen oder, wo solche vorhanden waren, ein reizloser und glatter Verlauf. Aber auch bei der gewöhnlichen Blennorrhoebehandlung und ebenso beim Vorhandensein von Komplikationen der hinteren Harnröhre bewährte sich die Kombination von Silbersalzen mit Aqua Santali. Günstige Resultate konnte Verf. auch bei Verwendung in Kombination mit Borsäure oder Resorzin bei post- oder ablennorrhoischen Urethritiden beobachten. E. Langer-Berlin.

Reizlose Gonorrhoebehandlung durch Novokain-Adrenalinzusatz, von H. Krösl, Univ.-Hautkl. Innsbruck. (Ther. d. Gegenw., 1924, H. 8, S. 380.) Die übliche Lösung von Zinc. sulf. und Alum. crud. ää 0.6/300 mit einer Tablette Novokain-Suprarenin haben dem Verf. die besten Erfolge gebracht. Sechsmal täglich einspritzen und zweimalige Ausspritzung nach Janet ($1^1/_2$—2 Liter). W. Chrzelitzer-Waldenburg.

Über die Behandlung der Gonorrhoe mit Reargon, von K. Klindert, I. Univ.-Hautkl. Wien. (W. kl. W., 1924, Nr. 25, S. 622.) Verf. behandelt 32, meist ambulante Fälle mit Reargon im Verlauf von 5 Wochen und betont ausdrücklich, genau nach der von Klausner festgesetzten Behandlungsmethode verfahren zu haben. Bei 2 Pat., beide 3 Tage nach Infektion schwach eitriger Fluor mit intrazellulären Gonokokken und leicht getrübtem ersten Urin, hatte die Abortivkur den gewünschten Erfolg, mehrere Pat. kamen nicht so früh in Behandlung. Bei den übrigen Pat. mit Urethritis anterior heilte diese noch nach 5 Wochen nicht ab, außer bei dreien, wo in einem Falle bereits nach der ersten Woche, bei den beiden anderen nach 17 Tagen die Gonokokken dauernd verschwanden. Die Pat. mit Urethritis posterior, 13 Fälle, wurden durch die Behandlung der Anterior allein nicht gebessert. Eine besondere Tiefenwirkung, Einfluß auf die

Digitized by Google

Lakunen und Littréschen Drüsen konnte nicht beobachtet werden. Eine Sonderstellung nimmt also das Reargon unter den Silberverbindungen nicht ein, hervorgehoben werden muß jedoch die besondere Verwendbarkeit für Abortivkuren und die schmerzlose Anwendbarkeit. Eine ausschließliche Behandlung der Gonokokken der männlichen Harnröhre mit Reargon ist nicht zu empfehlen. F. J. Baar-Bad Kreuznach.

Versuche mit Reargon, von G. Kuhn, Abt. f. Hautkrkh. Wilhelminensp. Wien. (W. kl. W., 1924, Nr. 28, S. 699.) Bei Behandlung mit Reargon, genau nach der von Klausner gegebenen Vorschrift, erreichte Verf. bei 14 Fällen von Urethr. blenn. acuta nur 4 glatte Heilungen, bei 5 Pat. mußte die Behandlung wegen hinzugekommener Komplikationen (allein dreimal Lymphangitis dors. pen.!) und bei dem Rest wegen Erfolglosigkeit der Kur abgebrochen werden. Relativ gute Resultate werden bei Urethr. blenn. totalis subacuta mit einer Heilung von 6 unter 7 Pat. in der Zeit von 4 Tagen bis 6 Wochen erzielt. Dagegen bekommen von 4 Pat. mit Urethr. blenn. totalis acuta 2 Epididymitiden, 1 Fall starke Entzündung des Orif. externum und Praeputialödem, beim letzten Pat. dieser Gruppe muß zu anderen Präparaten übergegangen werden, da trotz 8 Injektionen pro die auch nach 4 Wochen ein Erfolg ausbleibt. 6 Fälle von versuchter Abortivkur (8—12 Inj. pro die) aus der Praxis Dr. Glingar, waren nach 5 Tagen insgesamt Gon.-positiv. Auch bei 7 Kinderfällen (Mädchen von 2—4 Jahren) konnte nur bei einem Fall die Urethra nach 17tägiger Behandlung gonokokkenfrei gefunden werden, während rektal Gon. vorhanden waren. Verf. sah also relativ viele Komplikationen einerseits, andererseits war die Behandlungsdauer bei größerer Kostspieligkeit nicht kürzer als die mit anderen Präparaten. „Jedenfalls glauben wir mit dem Reargon wohl ein neues, aber kein wesentlich besseres Silberpräparat erhalten zu haben."
F. M. Peter-Hamburg.

Erfahrungen mit Reargon, von H. Lamprecht, Hautabt. Rudolfsp. Wien. (W. kl. W., 1924, Nr. 30, S. 742.) Behandlung von 14 Pat. mit akuter oder subakuter Blennorrhoe mit Reargon. Verf. kommt zum Resultat, daß Abortivheilung trotz Schnellbehandlung in keinem Falle erzielt wurde; bei normaler Behandlung hat Reargon außer der Schmerz- und Reizlosigkeit gegenüber anderen Präparaten keinen Vorzug, vermag auch Komplikationen nicht zu verhüten. R. Ley-Kreuznach.

Bedeutet die Behandlung mit Reargon einen Fortschritt in der Gonorrhoetherapie?, von V. Nagel-Merseburg. (D. m. W., 1924, Nr. 35, S. 1181.) Nachdem Verf. bei der Behandlung älterer Tripperfälle und bei Kindern und Frauen Mißerfolge gehabt hatte, behandelte er nur noch frischen Tripper des Mannes mit Reargon. Trotz energischer Behandlung wurde in den meisten Fällen keine Besserung erzielt. In 13 Fällen, bei denen die Infektion 3—5 Tage zurücklag, Gonokokken noch extrazellulär lagen und der Urin noch klar war, gelang die Abortivkur niemals. Bei einem großen Teil der Pat. traten Komplikationen auf. F. Harry-Wiesbaden.

Die Diathermie als Spezifikum für die gonorrhoische Epididymitis (Diathermy: A Specific for Gonorrheal Epididymitis), von O. Corbus und J. O'Conor-Chicago. (J. of Urology, 1924, Bd. 12, Nr. 2, S. 139.) Die blennorrhoische Epididymitis tritt in 20 bis 30% aller Fälle von akuter Blennorrhoe auf. Die bisherige Therapie bestand in Hochheben der Hoden, Bettruhe und äußerer Applikation von Hitze oder Kälte. Hier und da ist auch eine Operation nötig. Die Zeit der Arbeitsunfähigkeit beträgt mindestens 14 Tage, meist noch mehr. Es ist bekannt, daß der Gonokokkus bei einer Temperatur von 42° C zerstört wird, wir müssen also zwischen Hoden und Nebenhoden und zwischen Hoden und Samenstrang die nötige Hitze bringen. So zerstören wir den Gonokokkus in seiner lokalen Infektionsstelle und bringen den Angriff zum Stehen und die Schmerzen zum Verschwinden. Die Hitze von 41—42° C soll wenigstens 40 Minuten wirken. Rasierseifenschaum wird zwischen Haut und Elektrodenkontakt gebracht. Der ganze Hoden und Nebenhoden wird zwischen die sich gegenüber stehenden Elektroden gebracht. Bei akuten Fällen von 12—24 Stunden alter Epididymitis genügt eine Sitzung, sonst werden 3—4 Sitzungen an mehreren folgenden Tagen notwendig.
A. Rosenburg-Mannheim.

Urogenitalapparat.

a. Allgemeines.

Wahrer doppelseitiger Hermaphrodismus mit periodischen Blutungen (True Bilateral Hermaphrodism with Periodic Hematuria), von G. Burden-Rochester. (J. of Urology, 1924, Bd. 12, Nr. 2, S. 153.) Verf. beobachtete bei einem 40jähr. Manne allmonatlich 3—4 Tage andauernde Blutungen aus der Harnröhre. Diese Blutungen

Digitized by Google

waren seit dem 30. Lebensjahre entstanden und konnten zuerst nicht erklärt werden, da Pat. völlig männlicher Typus war, auch 5 Jahre lang in der englischen Armee den Weltkrieg mitmachte. Es fehlten nur die Hoden, der Penis war von gewöhnlicher Länge und Stärke, auch war die Haargrenze horizontal, was die Vermutung eines Hermaphrodismus nahelegte; ebenso sprachen die zarte Haut, gut entwickelte Brustdrüsen für diese Annahme. Rektal fühlte man keine Prostata und keine Samenblasen, aber einen großen Tumor, der schwer zu deuten war; es wurde nun, da weder mittels chemischer noch mittels Röntgenuntersuchung etwas festzustellen war, die Zystoskopie ergab eine normale Blase, der linke Harnleiter und die linke Niere waren normal, wie ein Pyelogramm zeigte. Auch eine während der Blutung vorgenommene Zystoskopie zeigte nur, daß die Blutung nicht aus dem Nierensystem kam. Die Probelaparotomie ergab das Fehlen der rechten Niere, bei beträchtlicher Vergrößerung der linken Niere. Dagegen wurden ein bikorner Uterus mit völligen Adnexen, Ovarien und Tuben, sowie je ein rudimentärer Hoden und Nebenhoden, die beiderseits an den Tuben saßen, entfernt. Ebenso wurde der chronisch entzündete Wurmfortsatz entfernt. Ungestörter Heilverlauf. Es ist dieses der erste Fall von vollständigem wahren Hermaphrodismus, bei dem sowohl der Uterus wie die Ovarien einerseits (Brustdrüsen weiblich) als auch die Hoden funktionierten (es wurden Spermatozoen in den Hoden nachgewiesen).

A. Rosenburg-Mannheim.

Über einen Fall von Pseudohermaphroditismus masculinus internus (tubularis), von R. Dvorak, Chir. Abt. Deutsche Univ. Prag. (Virch. Arch., 1924, Bd. 251, S. 616—627.) Beschreibung eines Falles von Hermaphroditismus spurius masculinus internus bei einem 40jähr. Taubstummen, der wegen Schmerzen im Bauche und Brechreizes die Klinik aufsuchte und bei dem sich dann eine Vorwölbung der Bauchwand, vom Nabel bis zur Symphyse reichend, fand, die durch einen glatten, druckschmerzhaften Tumor bedingt war. Die Operation und der einige Monate später eingetretene Exitus führten zur genauen Untersuchung. Der Kranke zeigte einen vollkommen männlichen Habitus. Es bestand Kryptorchismus. Pat. war seit 2 Jahren verheiratet und konnte den Koitus regelrecht ausführen. Untersuchung des Spermas ergab Azoospermie und typische Prostatakristalle. Samenleiter, Samenblasen und Prostata waren gut ausgebildet. Außerdem fanden sich ein Uterus, 2 Tuben, Ligamenta lata und rotunda, ein Bauchhoden fand sich an der Stelle, wo sonst das Ovarium liegt. An Stelle des 2. Bauchhodens fand sich die operierte Geschwulst. Der eine vorhandene Hoden erwies sich histologisch als atrophisch und hypoplastisch. Die weiblichen Geschlechtswege waren leer, ein menstruationsähnlicher Vorgang hatte sich nie gezeigt. Beim Pat. bestand Vorliebe für weibliche Arbeiten. A. Holländer-Hamburg.

Der suprarenal-genitale Syndrom (Kraus). Über Zusammenhänge zwischen Nebennieren und Geschlechtsentwicklung, von H. Schmidt, Direktorial-Abt. Eppendorf, Hamburg. (Virch. Arch., 1924, Bd. 251, S. 842.) Beobachtung eines Falles von Pseudohermaphroditismus bei einem 9jähr. Mädchen, das zum Exitus kam. Bei der Sektion wurde ein maligner Tumor der rechten Nebenniere mit Metastasen in beiden Lungen und der Leber festgestellt. Ausführliche Besprechung des Symptomenkomplexes „suprarenal-genitaler Syndrom" und der darüber erschienenen Literatur. Bei dem beobachteten Fall handelte es sich um geringgradige Verbildung der äußeren Geschlechtsteile (hypertrophische Klitoris), Atrophie der Ovarien, Frühreife allgemein psychischer wie sexueller Natur, heterosexuelle sekundäre Merkmale (Bartwuchs u. a.).

A. Holländer-Hamburg.

Anwendung des Tutokains in der urologischen Praxis, von V. Blum und A. Glingar, Urol. Station Sophiensp. Wien. (W. kl. W., 1924, Nr. 33, S. 803.) Bei größeren chirurgischen Eingriffen bewährte sich zum Zwecke der lokalen Infiltrationsanästhesie eine $^1/_4$—$^1/_2$%ige Lösung ohne Zusatz von Adrenalin, einer $^1/_2$—1%igen Novokainlösung gleichwertig. In der Urethra ant. wurde mit einer 2%igen wäßrigen Lösung in 5 Minuten Schmerzlosigkeit erzielt, also Gleichwertigkeit mit Alypin bei geringerer Giftigkeit und bessere Wirkung als Novokain. Als Gleitmittel wird eine 4%ige Tutokain-Glyzerinmischung empfohlen. F. M. Peter-Hamburg.

b. Penis, Urethra, Blase.

Über eine Zyste im Penis eines einmonatigen Kindes, von F. Hogenauer, Path. Inst. Krkhs. Wieden, Wien. (Virch. Arch., 1924, Bd. 250, H. 3, S. 631.) Einmonatiges Kind, das an einer Sepsis nach einem periproktitischen Abszeß zugrunde gegangen war. Im Durchmesser 0,7 cm große Zyste in der Hinterwand der Urethra etwa

Digitized by Google

1,5 cm vom Colliculus seminalis entfernt. Inhalt klare Flüssigkeit. Auskleidung der Zyste: einreihiger, nur stellenweise mehrreihiger Belag von kubischen Zellen. Das Plattenepithel der Urethra zieht sich, glatt gespannt, über die Zyste hin, zwischen ihr und jenem ein auf einen die Verbindung darstellenden Gang verdächtiger Spaltraum. Auch Vergleichsuntersuchungen legen die Vermutung nahe, daß es sich um eine Retentionszyste einer Littréschen Drüse handelt. E. Sklarz-Berlin.

Divertikel der Harnröhre (Diverticulum of the Urethra), von I. R. Siak Madison, Wisconsin. (J. of Urology, 1924, Bd. 12, Nr. 2, S. 169.) Divertikel der Harnröhre werden meist nur zufällig beobachtet. Englander, der einen solchen Fall beobachtete, gibt als Therapie die Abtragung des Divertikels mit Verschluß der Harnröhre über einem Dauerkatheter an. Verf. beobachtete nun einen ähnlichen Fall bei einem 42jähr. Arbeiter, der über ein ständiges Nachträufeln des Urins nach dem Urinieren klagte. Früher hatte er die Harnröhre einmal gerissen und hatte damals eine hochgradige Urininfiltration. Seit der Zeit hatte Pat. eine Geschwulst am Perineum, die stets nach schwerer Arbeit größer wurde. Jedes Urinieren löst Brennen im Perineum aus. Es wurde nun das Divertikel reseziert und die Harnröhrenwand über einem Dauerkatheter vereinigt. Geringe Nahtinsuffizienz, dann Heilung. Es war eine Sectio alta für Entlastung der Blase angeschlossen worden. Anatomisch beachtenswert war, daß eine Striktur der Harnröhre hinter dem Divertikel bestand, während vor dem Divertikel kein Hindernis vorlag. A. Rosenburg-Mannheim.

Das primäre Karzinom der weiblichen Harnröhre mit Bericht eines mittels Diathermie behandelten Falles (Primary Carcinoma of the Female Urethra, Report of a Case Treated by Diathermy), von J. O'Conor-Chicago. (J. of Urology, 1924, Bd. 12, Nr. 2, S. 159.) In der gesamten Literatur finden sich nur 99 Fälle von primärem Krebs der weiblichen Harnröhre. Meistens handelte es sich um Karzinome vom Bau der Vulvovaginaltumoren. Der primäre Krebs entwickelt sich in der Mukosa der Harnröhre, er ist von größerer Bösartigkeit als die ähnlich gebauten Hautkrebse. Differentialdiagnostisch ist die Unterscheidung von den Vulva- und Vaginalkarzinomen schwierig. Die Ausdehnung im Lymphgefäßsystem geht zuerst in die oberflächlichen Inguinaldrüsen, dann in die tiefen Lymphdrüsen des Beckens. Eine Radikaloperation ist wegen der meist vorhandenen tiefen intraabdominellen Metastasen nicht möglich, die bei allen nicht ganz frühzeitig zur Operation kommenden Fällen stets gefunden werden. Verf. beobachtete eine 54jähr. Frau, die seit 5 Monaten blutigen Ausfluß aus der Gegend der Harnröhre hatte, am häufigsten im Anschluß an das Urinieren. Brennen beim Urinieren. Dabei war der allgemeine Gesundheitszustand gut, auch hatte sie sonst keine Beschwerden. Die Untersuchung zeigte einen papulösen Tumor, der die Harnröhre völlig umschloß und fast völlig verschloß. Der Tumor hatte einen Durchmesser von 5,5 cm und eine Höhe von 2,5 cm, links war er gut abgrenzt, aber rechts und nach oben griff er auf die Labia minora und die Klitoris über. Der Tumor ging, wie vaginale Untersuchung zeigte, weit entlang der Urethra nach innen, doch zeigte eine Zystoskopie die Blase selbst intakt. Die ganze Geschwulst wurde nun erstmalig am 8. April 1922 mittels einer flachen aktiven Diathermieelektrode koaguliert, bei einer lokalen Temperatur von 46° C, die gemessen wurde, indem in die Urethra ein Thermometer eingeführt wurde. Außerdem wurde durch den in die Vagina eingeführten Finger die Temperatur kontrolliert. Ungefähr 1000 m. m. a. Diathermiestrom wurden angewandt. Der ganze Eingriff wurde in Scopolamin-Morphium-Anästhesie ausgeführt. Es wurde kein Katheter eingelegt, Pat. urinierte wie gewöhnlich nach dem Eingriff. Die Geschwulst wurde dann mit Radium nachbehandelt, verschwand vollständig, jedoch ging Pat. an den inneren Metastasen zugrunde im Dezember 1922, nachdem das linke Bein ödematös angeschwollen war. Die Geschwulst aber war lokal vollständig durch die Diathermiebehandlung zerstört worden, ohne daß die Funktion der Urethra und des Sphincter vesicae geschädigt worden war. A. Rosenburg-Mannheim.

Zur Punktion der Harnblase, von D. Kokoris, Chir. Abt. Kindersp. Athen. (W. kl. W., 1924, Nr. 25, S. 624.) Bei der Besprechung des an und für sich einfachen Eingriffes weist der Verf. auf technische Einzelheiten hin, deren Nichtbeobachtung mehr oder weniger schimme Folgen haben kann. Man soll die Punktion, wenn Indikation dazu gegeben ist, prinzipiell mit dünner Nadel machen und beim Herausziehen derselben ihre äußere Mündung mit dem Finger geschlossen halten, nachdem man vorher eine Blasenspülung gemacht hat. Bei nicht aseptischem Harn besteht die Gefahr einer Infektion des Stichkanales und einer Phlegmone des prävesikalen Raumes. Bei infiziertem Blaseninhalt ist es besser, die Blase durch einen kleinen suprapubischen Schnitt

Digitized by Google

zu entleeren. Wenn nach Punktion Harn nicht bald spontan oder mittels Katheter durch die Urethra entleert werden kann, soll man mit Zystostomie nicht zögern, bis sich die Blase prall füllt, wobei sonst durch den Stichkanal Harn in das prävesikale Gewebe dringen könnte. F. J. Baar-Bad Kreuznach.

Bilharziasis der Harnblase (Vesical Bilharziasis [Schistosoma hematobium]), von Th. V. Williamson und E. M. Townsend-Norfolk, Virginia. (J. of Urology, 1924, Bd. 12, Nr. 2, S. 175.) Verf. beschreibt einen Fall von Bilharziasis der Harnblase, den er bei einem ägyptischen Seemann beobachtete. Hauptsächlichstes Symptom ist Blutharnen, mikroskopisch findet man die Bilharziaeier im Urin. Die Zystoskopie zeigt hochgradige Zystitis mit Ulzerationen und weißen Narbenzügen. Therapie: Intravenöse Injektion von Tartarus stibiatus, einen über den anderen Tag, 14 Tage bis 1 Monat lang, und zwar wird mit einer Lösung von $^1/_2$ g Tartar. emetic. in 6 ccm physiologischer Kochsalzlösung begonnen und zuletzt $2^1/_2$ g in 6 ccm physiologischer Kochsalzlösung gegeben. In diesem sehr weit vorgeschrittenen Falle des Verf. war die Entzündung der Harnblase eine solch hochgradige, daß Stauungserscheinungen in den Nieren auftraten, weshalb hier noch außerdem eine Sectio alta ausgeführt wurde. Pat. ist gebessert entlassen worden, hat sich aber später nicht mehr zur Nachuntersuchung vorgestellt.
A. Rosenburg-Mannheim.

Zur Enuresis der Kinder (A propos de l'incontinence urinaire des enfants), von Fraisse-Nizza. (J. de Méd. de Paris, 1924, Nr. 34, S. 712—713.) Bei Erwachsenen gibt die Dilatationsbehandlung mit Sonden gute Resultate. Bei Kindern erfolgt Besserung häufig nach Beseitigung von hypertrophischen Mandeln, Adenoiden, Polypen; ähnlich auch nach Appendektomie. Im ganzen bleiben nicht sehr viel Fälle, in denen örtliche Behandlung erforderlich ist. Für diese Faradisation des Schließmuskelapparates der Blase mit Hilfe biegsamer, genügend langer Sonden, um auf den Sphinkter ext. und int. zu wirken; die Muskeln müssen Zeit haben, sich genügend zusammenzuziehen, deshalb nur 35—40 Unterbrechungen in der Minute. Erforderlich sind 20—25 Sitzungen.
E. Levin-Berlin.

c. Hoden, Samenbläschen, Prostata.

Der Einfluß der Prostatektomie auf die Fruchtbarkeit der weißen Ratten und die Erfolge der künstlichen Befruchtung (The Effect of Prostatectomy on Fertility of White Rats and the Results of Experimental Artificial Insemination), von A. Strauss-Cleveland. Ohio. (J. of Urology, 1924, Bd. 12, Nr. 2, S. 105.) Verf. prüfte die Versuche Steinachs und Walkers nach und kam zu dem Resultat, daß die Exstirpation der Prostata allein oder der Samenblasen allein keinen Einfluß auf die Libido der weißen Ratte hat; auch werden die Struktur und Physiologie der Hoden nicht beeinflußt. Die Entfernung der Prostata bedingt zwar gewöhnlich eine nach einiger Zeit auftretende Atrophie der Samenblasen; die Spermatozoen aber sind beweglich, wenn sie in physiologische Kochsalzlösung gebracht werden, einerlei ob sie aus dem Vas deferens oder aus einem Teil des Nebenhodens gewonnen sind. Diese Resultate gelten für die Versuchstiere des Verf., die weiße Ratte und den Hund. Diese Spermatozoen der Versuchstiere in physiologischer Kochsalzlösung suspendiert, also ohne Beimengung der Flüssigkeiten der akzessorischen Drüsen sind fähig, ein Weibchen zu befruchten. Die Schwierigkeit besteht nur darin, den günstigsten physiologischen Augenblick beim Weibchen zu benutzen. Außerdem muß bei manchen Tierarten (Kaninchen, Frettchen, Katzen) eine Kohabitation stattfinden, um den Follikelsprung herbeizuführen, so daß bei diesen die künstliche Befruchtung nicht möglich ist. So kommt Verf. zu dem Schluß, daß weder die Prostata allein noch die Samenblasen allein notwendig sind, daß erst die Entfernung beider Organe das Tier (die weiße Ratte) steril macht.
A. Rosenburg-Mannheim.

Zur Frage der Genese und Ausbreitung der männlichen Genitaltuberkulose, von L. Sussig, II. Chirurg. Univ.-Kl. Wien. (D. Zschr. f. Chir., 1924, Bd. 185, H. 3/4, S. 145—185.) Den Untersuchungen liegt ein Material von 87 Fällen aus den Jahren 1904—1922 zugrunde. Die klinischen und pathologisch-anatomischen Untersuchungen ergaben folgendes: Die Genitaltuberkulose beim Manne ist stets sekundär nach Einbruch eines anderswo gelegenen älteren Herdes in die Blutbahn. Die hämatogene Tuberkulose entsteht nicht als Ausscheidungstuberkulose, vielmehr finden sich die ersten Veränderungen um die Gefäße des Interstitiums der Kapsel oder auch der Wand dieser Organe; erst sekundär brechen dann die Tuberkel in das Lumen der Kanälchen ein, und

Digitized by Google

nur an diesen Stellen lassen sich Tuberkelbazillen im Lumen dieser Kanälchen nachweisen. Für den sogenannten genitoprimären Herd kommen alle Organe des Genitalsystems in Betracht, und zwar einzeln oder mehrere bzw. alle gleichzeitig. Die Infektion via Vas deferens spielt nicht die ihr zugeschriebene große Rolle; bei Rezidiven nach Semikastration ist zunächst später erfolgte hämatogene Aussaat in Betracht zu ziehen. Deshalb kann auch bei längerem Ausbleiben von Rezidiven nicht von sicherer Heilung gesprochen werden, so lange noch im Körper ein zu hämatogener Aussaat Anlaß gebender Herd vorhanden ist. Die rationellste Therapie erscheint daher die Vereinigung der operativen (Kastration, nicht Epididymektomie, weil bei ihr ein Organ zurückgelassen wird, das sehr häufig hämatogen erkrankt) mit der konservativen (Ausschaltung der Quelle späterer hämatogener Aussaat). Da die Genitalorgane ein unzertrennbares Ganzes bilden, darf man nur von männlicher Genitaltuberkulose oder von Tuberkulose irgend eines anderen Organes im Genitaltrakte sprechen. In jedem Falle ist rektale Untersuchung der intrapelvinen Anteile des Genitalsystems und histologische Untersuchung erforderlich. E. Levin-Berlin.

Über die hämatogene Prostatatuberkulose, von Seiji Tsuda, Anat. Abt. Path. Inst. Univ. Berlin. (Virch. Arch., 1924, Bd. 251, S. 1—7.) Nach des Verf. statistischen Erhebungen am Leichenmaterial des Berliner Pathologischen Instituts nimmt bei bestehender Urogenitaltuberkulose die Prostata in 77,8% der Fälle an der tuberkulösen Erkrankung teil. Prostatatuberkulose mit gleichzeitiger Tuberkulose des Urogenitalsystems fand sich in 48,6%. Prostatatuberkulose mit gleichzeitiger Erkrankung der anderen Genitalorgane (24,3%) ist häufiger als die Verbindung mit Nierentuberkulose (17,5%). Alleinige Erkrankung der Prostata konnte in 9,4% (nach Simmonds 11%) nachgewiesen werden; alle diese Fälle sind hämatogenen Ursprungs. Bezüglich der Häufigkeit der tuberkulösen Erkrankung der einzelnen Urogenitalorgane steht die Prostata an erster Stelle. In 13 Tuberkulosefällen beim Manne wurde auf Tuberkelbazillen in Prostata, Samenblase, Hoden und Nebenhoden untersucht; makroskopisch und mikroskopisch waren keine tuberkulösen Veränderungen nachzuweisen. Die Tuberkelbazillen wurden nach Ziehl, nach Gram und mit einer Doppelfärbung (Ziehl-Gram) im Schnitt gefärbt. Trotz Untersuchung von 200 Präparaten konnte Verf. nur in einem Fall, bei einer akuten Miliartuberkulose, Tuberkelbazillen im Zwischengewebe des Hodens massenhaft diffus, manchmal in Häufchen finden, ohne daß tuberkulöse Gewebserkrankungen bestanden. Diese Befunde stehen im Gegensatz zu denen von Jani und Nakarai, die in normalen Hoden, Nebenhoden und Prostata von Phtisikern in einem hohen Prozentsatz Tuberkelbazillen fanden. A. Holländer-Hamburg.

Retentio testiculi bei Säuglingen und Kleinkindern, von A. Vollbrandt-Freiburg i. Br. (M. Kl., 1924, Nr. 35, S 1214—1215.) Um das häufige Zurückbleiben der Testikel im Inguinalkanal oder Abdomen zu verhindern, erscheint in geeigneten Fällen dauernder gleichmäßiger Druck auf den Processus vaginalis zwecks Erzielung der natürlichen Obliteration angezeigt. Dieser kann vorteilhaft durch aus weichem, anschmiegendem Gummi hergestelltes Bruchband — Hernifix — ausgeübt werden.
E. Levin-Berlin.

Tagesgeschichtliche Nachrichten.

Gewählt: Hofrat Prof. Gustav Riehl in Wien zum Vorsitzenden, Prof. Eduard Arning in Hamburg zum stellvertretenden Vorsitzenden der Deutschen Dermatologischen Gesellschaft. R.

Nachdruck (auch des Abschnittes „Tagesg. Nachr.") ist ohne Genehmigung des Verlegers nicht erlaubt.

Verantwortlich für die Redaktion: für Originalabhandlungen und T. N.: Prof. Dr. J. H. Rille, Leipzig. Für den Referatenteil: Dr. M. Unna, Hamburg-Bergedorf.

Digitized by Google

Dermatologische Wochenschrift

Nr. 6 (Bd. 80) 7. Februar 1925

Aus der Dermatologischen Universitätsklinik Bern (Direktor: Prof. Dr. Nägeli).

Stabiles bzw. kontinuierlich rezidivierendes scharlachartiges Exanthem bei Lungentuberkulose.

Von

Dr. Adrien Schoch, Assistent.

In seinem Werke „Die Tuberkulose der Haut" bezeichnet es Lewandowsky[1]) als mehr als wahrscheinlich, daß, wie auf irgend eine andere auf dem Blutwege ihr zugeführte Schädlichkeit, die Haut auch auf aufgeschlossenes Tuberkelbazillentoxin mit der flüchtigsten Form der Reaktion, dem Erythem, antworten könne. Während wir aber dafür ein einwandfreies Beispiel in exanthemartig auftretenden Erythemen nach Injektion von Tuberkulin[2]) besitzen, wobei die Ätiologie ohne weiteres klar sei, sei es bei Erythemen, die spontan ohne künstliche Zufuhr von Tuberkelbazillen erscheinen, viel schwerer zu sagen, ob sie tatsächlich durch die Tuberkelbazillen verursacht seien, oder ob es sich nur um ein zufälliges Zusammentreffen der an sich so häufigen Erytheme mit der noch häufigeren Tuberkulose handle. Da der direkte Nachweis des Erregers durch die vorübergehende Natur des Hautsymptoms erschwert werde und man fast immer auf klinische Beobachtungen und Kombinationen angewiesen sei, hält es Lewandowsky für zweifelhaft, ob Erytheme und roseolaartige Eruptionen, wie sie von de Bruns und von Bayet namentlich im fortgeschrittenen Stadium der Phthise beobachtet wurden, durch Bazillen hervorgerufen, oder nicht vielmehrt auf allgemeine, nicht spezifische Intoxikation zurückzuführen seien. Etwas näher liegend sei die Annahme einer bazillären Ätiologie bei der tuberkulösen Roseola, die Werther gleichzeitig neben papulo-nekrotischen Tuberkuliden wahrgenommen habe, und vielleicht auch bei den blaßbläulichen, unscharf begrenzten Flecken, die Jadassohn beim Erythema induratum, Lupus pernio und die auch Klingmüller beim papulo-nekrotischen Tuberkulid gesehen habe.

Damit hätten wir den Stand der Wissenschaft in bezug auf das Vorkommen von erythematösen Dermatosen bei Tuberkulose skizziert und gleichzeitig die Schwierigkeiten hervorgehoben, die uns entgegentreten, sobald wir den Versuch machen, uns über allfällige Beziehungen ein Ur-

[1]) F. Lewandowsky, Die Tuberkulose der Haut, S. 211ff. und Enzyklopädie der klin. Medizin. J. Springer, Berlin 1916. — [2]) Dahin gehört wohl auch ein Fall von „Erythème scarlatiniforme post-tuberculinique" von Rist und Jacob, ref. Zbl. f. Haut- u. Geschlechtskrkh., 1924, Bd. 13, S. 56.

Digitized by Google

teil zu bilden. Vorderhand kennen wir eben noch keine Erythemform, die nur durch ein bestimmtes bakterielles oder toxisches Agens und ausschließlich durch dieses hervorgerufen würde (L.). Das gilt ganz besonders auch von den skarlatiniformen Hautausschlägen, die wir schon längst nicht mehr nur bei der Infektionskrankheit Scharlach kennen, sondern auch bei einer ganzen Anzahl unter sich heterogenen anderen Erkrankungen, z. B. Toxikodermien, Trichophytien.

Bis dahin scheint aber ein ausgesprochen scharlachähnliches Exanthem bei Tuberkulose oder anderen Lungenleiden noch nicht beobachtet oder doch wenigstens nicht beschrieben zu sein, und daher dürfte unsere Veröffentlichung ein gewisses Interesse beanspruchen.

R. J., Mouleur, 24 Jahre. Anamnese. Vater an Typhus, Mutter infolge Unglücksfalles, eine Schwester mit 5 Jahren an Hirnhautentzündung gestorben. Ein 19jähr. Bruder gesund. In der Familie weder Hautkrankheiten noch Tuberkulose. Pat. selbst angeblich früher nie krank, auch ohne Kinderkrankheiten.

Beginn der Krankheit während eines militärischen Wiederholungskursus im Mai 1923. Damals plötzlich starke Kopfschmerzen und Schüttelfrost als Einleitung zu einer Grippe, deretwegen R. 13 Tage in einem Spital gepflegt wurde. Schon 2 Tage nach Entlassung Rückfall mit starkem Husten und Fieber. Neuerdings Spitalbehandlung von 7 Wochen. Entlassung und Aufnahme der beruflichen Tätigkeit. Nach einer Woche Neuerkrankung: Husten, wenig Auswurf, Stechen auf der Brust, Juckreiz am ganzen Körper, doch an der Haut zuerst nichts zu sehen. 2 Tage später unter starkem Temperaturanstieg Schwellung des Gesichts, der Arme und Hände und Auftreten roter Flecken am ganzen Körper. Starke Bindehautentzündung gleichzeitig. Keine Halsschmerzen. Als nach 8 Tagen keine Besserung sich einstellte und beständig neue Schüttelfröste auftraten, wurde ein Arzt zugezogen, der Scharlach annahm und den Mann wiederum in ein Spital evakuierte, wo er 50 Tage abgesondert gehalten wurde. Da der Ausschlag sich ständig erneuerte und keine Abschuppung bemerkt wurde, beantragte der Spitalarzt Verlegung des Kranken in unsere Spezialabteilung.

Befund bei Eintritt in die dermatologische Universitätsklinik Bern am 1. XII. 1923: Großer, kräftig gebauter Mann in gutem Ernährungszustand.

Augen: Konjunktiven deutlich injiziert. Reflexe und übriger Befund normal. Mundhöhle: Wangenschleimhaut und Zunge o. B. Tonsillen vergrößert. Tiefe Kryptenbildung. An der Rachenschleimhaut starke Gefäßinjektion. Pat. ist Raucher. Hals: mäßige Struma. Leichte submaxilläre indolente Drüsenschwellungen. Inguinal keine Drüsen fühlbar. Äußere Genitalien intakt. Kein Ausfluß aus der Urethra.

Innere Organe: Herz etwas vergrößert. Auskultation normal. Lungen: Thorax kräftig, symmetrisch. Rechte Supra- und Infraklavikulargruben eingesunken. Verschieblichkeit der Lungen beiderseits gut, Grenzen o. B. Rechte Spitze retrahiert. Dämpfung rechts vorn und hinten deutlich (Prof. Sahli. Nach ihm der Hauptbefund, der die Diagnose einer Tuberkulose außerordentlich wahrscheinlich macht; zugleich auch das einzige sichere Symptom für Tuberkulose). Keine Rasselgeräusche. Überall bronchiales Exspirium, auffallend hoch und daher kaum physiologisch. Über der Infiltration rechts hohes Bronchialatmen; auch hier nirgends Rasseln. Vesikuläres Atmen rechts schwächer als links. Bronchiales Exspirium rechts vorn schwach; „es klingt entfernt". Gleiche Verhältnisse an der Lingula.

Röntgenbild verdächtig, nichts absolut Beweisendes.

Abdominalorgane o. B., Reflexe normal.

Hautstatus: Follikulär angeordnetes, klein makulöses Erythem, das am ganzen Integument inkl. Handteller und Fußsohlen vorhanden, jedoch am Stamm am stärksten entwickelt ist. Am Kopf überschreitet es die Haargrenze. An den Augenlidern zugleich leichte ödematöse Schwellung. An den Händen nach einem anfallsweisen Auftreten des Exanthems ebenfalls Schwellung und Schweißausbruch. Umgebung des Mundes auch befallen. Am Rumpf stellenweise ephelidenartige Verfärbung der Haut; keine Atrophien sichtbar. Auf Glasdruck verschwindet die rote Farbe gänzlich. Das Exanthem ist rein makulös und zeigt nirgends Niveaudifferenzen gegenüber der umgebenden Haut, soweit diese — es sind nur zahlreiche kleine Partien zwischen den Flecken — intakt erscheint. Keine Schuppung.

Digitized by Google

Nach den häufigen Hustenanfällen tritt der Hautausschlag stärker hervor. Subjektiv namentlich bei der Exazerbation bzw. dem Neuauftreten des Exanthems, das aber nie gänzlich verschwindet, leichter Juckreiz oder Prickeln.

Urin: Kein Eiweiß, kein Zucker, Diazoreaktion und Urobilinogenprobe negativ. Stuhl normal.

Blut: WR und SGR bei mehrfacher Untersuchung negativ. Mikroskopische Untersuchungen: Erythrozyten 5100000. Leukozyten 10600. Differentialzählung: Neutrophile 69,5%. Eosinophile 5,5%. Monozyten 4%. Basophile 0. Lymphozyten 21,0%. Keine Plasmazellen. Serum: Farbe goldgelb. Viskosität 1,75. Refraktion 61,6. Eiweißgehalt 8,62. Globulingehalt 27,5% = 2,37. Albumingehalt 6,25. Senkungsreaktion 1 St. 1,5, nach 2 St. 3. Hgbl. Blutdruck 140—150.

Tuberkulinreaktionen: Pirquet rein stark positiv, 1:10 schwach positiv, 1:100 und 1:1000 negativ. Moro 50%, 3 Minuten positiv, vereinzelte Pusteln. Mantoux 1:5000 sehr stark positiv.

Gleiches Resultat bei späteren Nachprüfungen (Moulage, Lumièreaufnahme des Exanthems). Einmal auffallend starkes Aufflammen des Exanthems nach diagnostischem Tuberkulin intradermal bei Störung des Allgemeinbefindens.

Tuberkelbazillen im Auswurf nicht nachweisbar. Häufig untersucht.

Biopsie eines Stückes der kranken Haut: Prof. Wegelin. Epithel unverändert. Vor allem fällt perivaskuläre Infiltration im Korium und besonders in dessen oberflächlichen Schichten auf, die jedoch nicht ganz bis in den Papillarkörper hinaufreicht und nach oben abnimmt. Das Infiltrat besteht aus eosinophilen Leukozyten und Lymphozyten; ebenso sind Plasmazellen und vereinzelte Mastzellen vorhanden. Es schließt sich besonders an die kleinen Arterienästchen an. Kleine Hornzysten an den Ausführgängen der Talgdrüsen. Elastische Fasern sehr fein, aber nicht vermindert (Haut der Brust). Tuberkelbazillen nicht nachgewiesen. Tierexperiment nicht durchführbar.

Der Verlauf war ein monotoner, indem sich der Hautausschlag kaum veränderte. Er erschien oft wesentlich blasser, flammte dann jedoch namentlich nach Hustenanfällen immer wieder zur ursprünglichen Intensität auf und blieb bis zum Spitalaustritt am 4. IV. 1924 immer deutlich sichtbar. Während der Beobachtung häufig subfebrile Temperaturen bis 37,8, nie darüber; abends, morgens selten über 37,0. Gelegentlich Nachtschweiße und starke Kopfschmerzen.

Eine eingehende Magenuntersuchung ergab keine greifbaren Resultate. Außer erhöhtem Sekretionsquotient (2) nichts Anormales.

Empfindlichkeitsprüfung der Haut durch Reizversuche auf dem normalen und dem durch Abschaben der obersten Schichten leicht lädierten Integument mit Tinctura Jodi 10%, Jodkalium-Lanolin 10%, Jodkalium-Vaselin 10%, Jodoform, graue Salbe, Sublimat 1:10000, Formalin 3,5%, Chinin 1%, Tinctura arnicae, Oleum terebinthinae, Primula obconica. Die Wirkung dieser Substanzen wurde nach 24 Stunden kontrolliert. An keiner Stelle trat eine Reizung auf, ebensowenig exazerbierte das Exanthem.

Untersuchung der Empfindlichkeit des Pat. gegenüber Nahrungsmittelproteinen. Aus der großen Serie der Parke Davisschen Proteinextrakte zu diagnostischen Zwecken wählten wir die praktisch in Betracht kommenden aus und stellten damit die entsprechenden Reizversuche (Pirquet) an. Die wichtigsten Resultate waren:

Rindfleisch: Geringe Reizung.
Schweinefleisch: Geringe Reizung.
Kalbfleisch: Geringe Reizung.
Kuhmilch: Keine Reizung.
Käse: Keine Reizung.
Ei: Keine Reizung.
Roggen: Keine Reizung.
Möhre: Deutliche Reizung. Es entsteht eine urtikarielle Effloreszenz mit erythematösem Hof (typisch positives Resultat).
Hafermehl: Deutliche Reizung, „typisch positiv".
Eiweiß: Keine Reizung.
Eigelb: Schwache Reizung.
Kartoffel: Keine Reizung.
Getreide: Mäßige Reizung.
Bohne: Schwache Reizung.
Zwiebel: Keine Reizung.
Spinat: Keine Reizung.

Digitized by Google

Weizen: Keine Reizung.
Reis: Deutlich positiv, abends ist die Epidermis blasig abgehoben.
Extrakte aus Kohl, Apfel, Kaffee, Thee, Tabak, Pfeffer, mehrere Pneumokokken-, Staphylokokken- und Kolibazillenextrakte ergaben kein deutliches Resultat. Kontrollversuche bei einem gesunden Individuum brachten bei keinem Extrakt eine deutliche Reizung hervor. Nun wurde dem Pat. nach jeweiligem, 24stündigem Fasten je einmal ein größeres Quantum von Möhren, von Reis und von Hafermehl, auf deren Eiweißextrakte er ja besonders stark positiv reagierte, ohne weitere Zutaten verabreicht. Weder trat ein Aufflammen seiner Hautmanifestation auf, noch verspürte der Pat. irgend welche besondere Sensationen.

Nach diesen eingehenden Untersuchungen schlossen wir noch Experimente zur Beeinflussung des Exanthems vermittels Diätvorschriften, Schwefelbädern, Salvarsan, Organismuswaschung usw. an, ohne daß dabei ein Exazerbieren oder ein Zurückgehen der Dermatose festgestellt werden konnte.

Zur Diagnose. Es war ganz begreiflich, daß anfänglich das Krankheitsbild mit Scharlach verwechselt wurde, besonders da auch Fieber aufgetreten war. Ebenso selbstverständlich aber war es, daß der weitere Verlauf dazu zwang, diese Annahme fallen zu lassen. Eine durch exogene Einflüsse bedingte Dermatose konnte durch die lange und sorgfältige Überwachung ausgeschlossen werden und erschien auch von vornherein nicht sehr wahrscheinlich. Und endlich fanden wir keine Anhaltspunkte dafür, daß eine Idiosynkrasie gegenüber pflanzlichem oder tierischem Eiweis odor deren Spaltprodukten vorhanden sei.

Die alimentären Reizversuche mit denjenigen Substanzen, deren Extrakte intrakutan ein positives Ergebnis gezeigt hatten, fielen negativ aus. Nebenbei gesagt möchten wir übrigens bemerken, daß nach unseren Erfahrungen die diagnostische Brauchbarkeit der Parke Davisschen Präparate wohl noch recht fragwürdig ist. Die positiven Reaktionen sind wohl in diesem Falle im Sinne einer polyvalenten Überempfindlichkeit zu deuten.

Das Vorhandensein einer Lungentuberkulose dürfte dagegen auf Grund der klinischen, röntgenologischen und biologischen Befunde auch trotz des negativen Sputumbefundes kaum in Abrede gestellt werden. Es sind dies die einzig sicher positiven Erhebungen, die wir gemacht haben, die einzigen krankhaften Alterationen, die wir in Beziehung bringen könnten mit der Haut- und Schleimhautkrankheit des Patienten; denn die erwähnte Bronchitis, die ödematöse Schwellung und die Temperaturbewegung anläßlich des ersten Schubes sind doch wohl dem Exanthem und Enanthem parallel zu ordnen. Leider sind wir aber nicht in der Lage, die Kardinalfrage, ob ein ätiologischer Zusammenhang zwischen dem Exanthem und Enanthem einerseits und der Tuberkulose andererseits bestehe, klipp und klar zu beantworten. Bei dem immensen Bereiche der Möglichkeiten würde uns eine Diagnostik per exclusionem hier zu gewagt erscheinen. Wir vermieden daher in der Überschrift absichtlich die Bezeichnung „skarlatiniformes Tuberkulid“ und entschlossen uns zu der Publikation dieses Falles nur deshalb, weil bei erythematösen Tuberkuliden der positive Beweis ihrer tatsächlichen Existenz, der Nachweis der Tuberkelbazillen schon a priori auf Grund der besonderen Lage der Dinge immer schwierig sein dürfte und daher gut untersuchte ähnliche Fälle für die Beurteilung der Frage nicht wertlos sind.

Digitized by Google

Aus der dermatologischen Klinik der k. ung. Franz-Joseph-Universität in Szeged
(Direktor: Prof. Dr. Franz v. Poór).

Ein Fall von Toxicoderma menstruale mit erysipeloidähnlichen Symptomen.

Von

Dr. Karl v. Berde, Assistent.

Die mit der Menstruation zeitweise auftretenden und wieder verschwindenden sowie im Falle des Ausbleibens auftretenden Hautveränderungen sind schon lange bekannt. Die zusammenfassende Abhandlung Opels (1908) zählt zahlreiche solche seit Hebra wahrgenommenen Hautveränderungen auf. Seither wurden neuerdings einige andere mit der Menstruationstätigkeit der Ovarien in mehr oder weniger kausalem Zusammenhang stehende Hautveränderungen beschrieben, welche zum Teil für selbständige Krankheitsbilder angesehen wurden. So z. B. die Dermatitis dysmenorrhoica von Polland-Matzenauer und die Erythrocyanosis cutis symmetrica von H. Curschmann.

Mein Fall, über den ich hier berichte, ist von den oben erwähnten Krankheitsbildern unter die erysipeloidartigen Ausschläge zu reihen, obzwar bei demselben außer den rein rotlaufartigen Symptomen andere periodische Hautveränderungen zu beobachten waren. Unser Fall erweckt besonderes Interesse einerseits wegen seiner Seltenheit, andererseits weil es möglich war, durch zeitweises Ausschalten der innersekretorischen Funktion der Ovarien die Hautveränderungen vorübergehend zum Schwinden zu bringen.

M. G., 33jähr. Frau, in die Klinik aufgenommen am 13. III. 1923. Familienanamnese ohne Besonderes, Kinder- und Mädchenjahre normal verlaufen. Zuerst menstruiert im Alter von 15 Jahren. Menstruation regelmäßig, 2—3 Tage maßige Blutungen. Mit 17 Jahren Heirat. Die Kranke gibt an, daß sie während einer 9jähr. Ehe drei Kinder gebar, das letzte im Jahre 1918. Seitdem wiederhole sich zwar die Menstruation in regelmäßigen Zwischenräumen, aber seit dem Sommer 1922 dauere sie kaum einen Tag mit sehr wenigen, manchmal kaum merklichen Blutungen. Im Juli 1922 schwoll unter allgemeinem Übelsein die Gesichtshaut an der Stirne und um die Augen an und bedeckte sich mit einer lebhaften Röte. Nach einem Bestehen von drei Tagen verschwanden diese Symptome, nur um die Augen blieb noch eine rötliche Verfärbung bestehen. Nach Verlauf einiger Wochen traten diese Symptome von neuem mit derselben Heftigkeit auf, um nach einigen Tagen wieder zu schwinden. Dieses mit Allgemeinsymptomen einhergehende Anschwellen und Erröten der Augengegenden habe sich seither oft wiederholt; in der Stirn-, Nasenwurzel- und Augengegend blieb eine ständige Röte mit verwischten Grenzen zurück. Daß das Wiederauftreten des Übels mit dem Auftreten der Menstruation zusammenhänge, hat die Kranke nicht beobachtet. Ihre letzte Menstruation hatte sie vor drei Tagen; sie dauerte einen Tag mit schwacher Blutung.

Wir fanden an der Haut der mäßig genährten und älter aussehenden Frau folgende Veränderungen: der Haarwuchs ist sehr spärlich, die Haare sind dünn, kurz. An Gesicht und Hals ist der durch den Rand der behaarten Kopfhaut, die Linien der Mm. sternocleidomast. und die Fossa jugularis begrenzten Fläche die Haut lebhaft gerötet. Die Grenzen der Rötung sind unscharf, am lebhaftesten ist die Gegend zwischen den unteren Augenlidern und den nasolabialischen Falten gerötet; hier ist die Haut aufgedunsen und schmerzt beim Berühren. Am Rumpf und um die Geschlechtsteile

Digitized by Google

finden sich zerstreut und gruppenweise entzündete Haarfollikel mit blutigem Hof. An der Beugefläche beider Oberarme sieht man einen kinderhandgroßen, scharfkantigen, ungleichmäßig gefärbten braunen Fleck; laut Aussage der Kranken war an dieser Stelle vor einigen Tagen ein rötlichblauer juckender Ausschlag.

Von den sichtbaren Schleimhäuten zeigen die des harten und weichen Gaumens eine unscharf begrenzte, bläulichrote Verfärbung und Schwellung. Innere Organe o. B.; Harn auf Eiweiß und Zucker negativ, Körpertemperatur normal, WR negativ, Blutkulturen negativ (Dr. Jeney). Gynäkologisch: Retroflexio uteri mit freier Umgebung, Ovarien nicht zu tasten, an der Portio uteri eine dunkelrote warzige Erosion (Dr. Kuncz).

Die oben erwähnten Veränderungen der Haut sind bei einem mehr als dreiwöchigen fieberfreien Zustande zurückgegangen, nur an den Augen und der Nasenwurzelgegend blieb — zwar bedeutend verblaßt — eine gewisse Röte bestehen. Am 7. April stellt sich Fieber ein, welches binnen zwei Tagen langsam bis über 39° steigt; gleichzeitig verfärbt sich das Gesicht in seiner ganzen Ausdehnung unter leichtem Jucken bläulichrot und schwillt an. Die Grenze zwischen Verfärbung und Geschwulst einerseits und gesunder Haut andererseits ist unscharf. Die Geschwulst nimmt derart zu, daß die Kranke am 9. April die Augenlider nicht mehr öffnen kann. Dieser Zustand dauert drei Tage, währenddessen die Zunge und die Kehle anschwellen, ödematös und rot sind, die Kranke bei 40° Fieber nicht schlucken kann; am Atmen ist sie derart verhindert, daß wir uns zur Tracheotomie vorbereiten. Dann treten noch widerlicher, quälender Brechreiz und krampfartige Schmerzen in der Magengegend auf. Am 12. April bildet sich an der Zungenwurzel eine haselnußgroße, seröse Blase; nachmittags tritt die Menstruation ein, mit wenig serös-blutigem Sekret, welches am folgenden Tage aufhört. Von da an fällt das Fieber binnen drei Tagen; die Veränderungen des Gesichts und der Mundhöhle gehen zurück, nur um die Augen bleibt in einer dreifingerbreiten Ausdehnung ein mäßiges Ödem und Röte der Haut bestehen. Die vorher angegriffene Hautfläche schält sich leicht. Dagegen erscheinen an den Beinen und den Oberarmen in symmetrischer Anordnung zahlreiche linsengroße bis talergroße Urtikariaflecke, aus denen sich unter starkem Jucken binnen einiger Stunden hämorrhagische Flecke bilden, welche nach einigen Tagen unter Zurücklassen von pigmentierten Flecken resorbiert werden, während sich wieder vollkommenes Wohlbefinden einstellt.

Diese schweren allgemeinen und lokalen Erscheinungen konnten wir bei unserer Kranken während der Menstruation vom 14. Mai, 16. Juni und 29. Juli beobachten, wobei die der Blutung vorangehenden und dieselbe begleitenden, oben beschriebenen Symptome in derselben Reihenfolge und in demselben Typus aufeinanderfolgten; nur in Intensität der einzelnen Erscheinungen gab es kleinere oder größere Schwankungen. Die während dieser Anfälle wiederholt ausgeführten bakteriologischen und serologischen Untersuchungen (Dr. Jeney, Kanyó) ergaben stets ein negatives Resultat. Die in der Zeit vor der Mai- und Junimenstruation durchgemachte Glanduovin-Injektionskur sowie die intravenöse Verabreichung von Optokalzil waren nicht imstande, den Krankheitsprozeß zu ändern. Am 11. August erhält die Kranke versuchsweise eine Röntgenbestrahlung auf beide Ovarien, je anderthalb Erythemdosis, schwachgefiltert. Hierauf folgte ein einwöchicher subfebriler Zustand. Die am Ende des Monats erwartete Menstruation sowie die mit derselben seit einem Jahre sich regelmäßig wiederholenden erysipeloiden Symptome blieben aus, dagegen wird die bisher bestehende Röte des Gesichts immer blasser und beschränkt sich nur auf die Augenlider und deren unmittelbare Umgebung. Am 25. September wiederholen wir die Röntgenbestrahlung in demselben Maße; am Ende des Monats bleiben sowohl die Menstruation wie auch die allgemeinen und Hauterscheinungen wieder aus, und als die Kranke nach einer 62tägigen Menopause am 2. Oktober die Klinik verläßt, ist ihre Haut im allgemeinen gesund. Nur um die Augen besteht eine mäßige Röte, dabei sind die Stirne, beide Backen und die Kinngegend blaßbraun verfärbt. Ende November verständigt sie uns brieflich, daß sich die Menstruation und die begleitenden allgemeinen und Hautsymptome wieder eingestellt haben.

Den Angaben des Krankheitsverlaufes gemäß besteht kein Zweifel darüber, daß bei unserer Kranken diese eigentümlichen Veränderungen der Haut und der Schleimhaut der Mundhöhle immer zur Zeit der Menstruation erscheinen. Die Entwicklung der erysipeloiden Symptome beginnt einige Tage vor dem Erscheinen der Menstruation; ihre Intensität

Digitized by Google

steigt stufenweise bis zum Auftreten der Blutungen (Höhepunkt der Erscheinungen), worauf sie wieder stufenweise abnimmt. Zuletzt treten an den Extremitäten symmetrische Brennesselausschläge auf, welche sich dann hämorrhagisch verändern und damit die Krankheitserscheinungen beschließen. Nach Ablauf je einer Periode ist bis zum Beginn der nächsten nicht eines der Symptome vorhanden; nur deren Spuren sind als Erythema perstans faciei und als die nach den Hautblutungen bleibenden verfärbten Flecke zu sehen.

Es ist nun fraglich, ob diese unter Fieber, manchmal sogar unter hyperpyretischen Temperaturen auftretenden Allgemeinerscheinungen und die eigenartigen Veränderungen der Haut und Schleimhaut wirklich mit der menstrualen Tätigkeit des Organismus zusammenhängen, oder davon unabhängig entstehen? Es ist ja öfters gelungen, von Hautveränderungen zur Zeit der Menstruation deren artefiziellen Ursprung nachzuweisen. Bei unserer Kranken schien eine Annahme dieser Möglichkeit nicht berechtigt. Ihr Geisteszustand ist gesund. Ein hysterischer Charakter kann bei ihr nicht nachgewiesen werden; auf den von den Krankheitserscheinungen befallenen Hautflächen sind nie Spuren äußerlicher Verletzungen zu sehen. Hier und da entwickelt sich ein Oedema fugax oder ein Brennesselausschlag vor unseren Augen; sie verändern sich und gehen an der im hohen Fieber liegenden unbeholfenen Kranken wieder zurück. Wir können uns auch kein Verfahren vorstellen, womit Hyperpyrexie erysipeloide Veränderungen, Oedema fugax und hämorrhagische Urtikaria hervorzurufen wäre.

Die ersten Beobachter der mit der Menstruation verbundenen periodisch auftretenden rotlaufartigen Erscheinungen — darunter auch Virchow und Besnier — hielten dieselben für richtige Erysipelasfälle („Erysipèle cataménial"). Diese Annahme kann bei den heutigen ätiologischen Kenntnissen nach Opel nur mit der Deutung für Recht bestehen, daß nach Verlauf des Prozesses lokal Streptokokken zurückblieben, für welche der menstruale Zustand des Organismus den Boden zum Aufflackern geeignet macht. Opel hält jedoch auch die Ansicht W. H. Freunds für wahrscheinlicher, laut welcher man so lange, bis durch genaue Untersuchungen in derlei Fällen das Vorhandensein der Streptokokken und deren krankheitserregende Rolle nicht nachgewiesen sind, anstatt von Erysipelas richtiger von einer schweren, mit Hyperämie und seröser Exsudation einhergehenden Dermatitis menstrualis spricht. In unserem Falle konnten wir weder Streptokokken, noch Erreger des Rosenbachschen Erysipeloids, den Bazillus des Schweinerotlaufs, finden, und zwar weder im Inhalte der auf dem erkrankten Gebiete entstehenden Blasen, noch in dem zirkulierenden Blute der Kranken zur Zeit des Bestehens der Symptome. Gegen Rotlauf spricht klinisch einmal der Umstand, daß der mit Hyperämie und Ödem auftretende Prozeß bei jeder Gelegenheit von zwei voneinander entfernt liegenden Punkten gleichzeitig ausging: die Umgebung der Augen und der Zungenrücken; ferner daß der kranken Fläche die beim Rotlauf vorhandene typische scharfe Grenze gegen den gesunden Teil fehlte; daß eine Schwellung der regionären Lymphdrüsen nicht zu beobachten war; daß an den Hautflächen, welche von der Entzündung schon 10—12mal angegriffen waren, sich nicht wie

Digitized by Google

sonst nach Rotlauf eine starre Pachydermie bildete, sondern ein weiches, etwas ödematöses Erythema perstans; daß das Fieber nur nach und nach während einiger Tage den Grad der Hyperpyrexie erreichte und dann gewöhnlich lytisch fiel, und schließlich daß nach Abklingen jeder dieser erysipeloiden Hauteruptionen sich nach dem Aufhören der Menstruation an den Extremitäten hämorrhagische Urtikariaausschläge entwickelten.

Wenn wir die Art des Auftretens, das ganze Bild sowie die einzelnen Symptome des Krankheitsfalles betrachten, finden wir einige gewisse Verwandtschaft mit der von POLLAND beschriebenen Dermatitis dysmenorrhoica symmetrica. Die Hautveränderungen treten anfallsweise auf, die Anfälle begleiten stets die Menstruation; dieser Faktor läßt mit anderen, später näher zu beschreibenden Symptomen auf eine Störung der Innersekretion der Ovarien schließen. Ein Teil der Veränderungen stellt sich ganz entschieden symmetrisch ein (die hämorrhagische Urtikaria der Extremitäten), ein anderer zeigt follikuläre und gruppenweise Anordnung (hämorrhagische Follikulitis am Rumpfe und um das Genitale). Bei der Entwicklung der erysipeloidartigen Veränderungen des Gesichtes und der Zunge beobachteten wir von den von PANKHURST und WIESE beschriebenen acht Stadien der POLLANDschen Krankheit, in unserem Falle das Jucken und Kribbeln, die Röte, das Ödem, die Blasenbildung, die Exsudation und die Verfärbung. Da sich diese seröse Exsudation nur an der Zunge bis zu Blasenbildung und zu Epithelabstoßen steigerte, haben wir selbstverständlich keine Krustenbildungen wahrgenommen. Blutungen auch nur in den bereits erwähnten gruppenweise entzündeten Haarfollikeln und in hohem Grade an den an den Extremitäten symmetrisch auftretenden Urtikariaausschlägen. Nekrose war an den erkrankten Hautflächen nicht zu sehen. Ebensowenig die den „Abschürfungen" ähnlichen Veränderungen, welche POLLAND so sehr hervorhebt.

Weit weniger besteht eine Ähnlichkeit unseres Falles mit der von H. CURSCHMANN beschriebenen Erythrocyanosis cutis symmetrica, bei welcher die akuten entzündeten Symptome bei weitem nicht so im Vordergrunde stehen und bei welcher die bei Eintritt der Pubertät erscheinenden bläulichroten, symmetrisch liegenden Flecke teils lange bestehen, teils zur Zeit der Menstruation erblassen können und als vasomotorische Störung hervorgerufen, durch eine Störung der inneren Sekretion der Ovarien aufzufassen sind.

Unserer Auffassung nach handelt es sich in unserem Falle um Erkrankung infolge gestörter innerer Sekretion der Ovarien, welche Störung offenbar mit dem nahenden (obzwar verfrühten) Klimakterium im Zusammenhang steht. Die Symptome des nahenden Klimax glauben wir in dem Äußeren der für ihre Jahre zu alt aussehenden Frau zu sehen, ferner darin, daß sich der Haarwuchs lichtet, die Menstruation unregelmäßig auftritt; ferner spricht dafür eine gewisse Frigidität, die — wie unsere Kranke angibt — seit einiger Zeit besteht.

Daß in unserem Falle keine Hypofunktion der Ovarien besteht, darf man aus folgendem schließen: nach therapeutischer Anwendung von Ovarialextrakt war bei unserer Kranken keine Wirkung zu erzielen, dagegen zog das mittels Röntgenbestrahlung hervorgerufene temporäre Einstellen der Ovarialfunktion das Aussetzen der erysipeloidartigen und

Digitized by Google

übrigen Symptome nach sich. Der Fall Hofbauers, der beinahe gleich identische klinische Erscheinungen zeigte, wurde durch Behandlung mit Ovarialextrakt geheilt; unserer bessert sich nach Sistieren der Ovariumhormonerzeugung.

Unseres Erachtens gelangen in diesem Falle zur Zeit der Menstruation infolge einer vorzeitigen klimakterischen Dysfunktion Stoffe in das zirkulierende Blut, welche einerseits von seiten des Organismus schwere Allgemeinerscheinungen hervorrufen (hohes Fieber, Mattigkeit, Magensymptome, Erbrechen), andererseits verursachen sie an der Haut und an gewissen Schleimhäuten akute Entzündungen, die mit Hyperämie, Ödem, stellenweise mit Blasenbildung, anderwärts mit ausgebreiteten Hautblutungen einhergehen. Der temporäre Erfolg der Röntgentherapie berechtigt zur Annahme, daß das physiologische Absterben oder künstliche Ausschalten der Ovarialfunktion die Kranke von der sie entstellenden quälenden, aber auch das Leben gefährdenden Krankheit befreien wird. In diesem Sinne wird auch die Therapie eingeleitet (Röntgenkastration).

Literatur.

Opel, Über Menstrualexantheme. Derm. Zschr., Bd. 15, H. 2. — Matzenauer u. Polland, Dermatitis symmetrica dysmenorrhoica. Arch. f. Derm., Bd. 3. — Polland, Zur Klinik und Ätiologie der Dermat. dysmenorrh. symmetr. Arch. f. Derm., Bd. 124. Idem, Dermat. dysmenorrh. symmetr. eine selbständige Krankheit. Derm. Zschr., Bd. 38, H. 2/3. — Bolte, Erythrocyanosis cutis symm. Kl. Wschr., Jahrg. 1, Nr. 12. — Michelson, Dermatitis dysmenorrhoica? Arch. of Derm., Bd. 2, Nr. 4. — Hofbauer, Ovarialtherapie klimakt. Toxikoderm. Zbl. f. Gyn., Jahrg. 46, Nr. 14.

Aus dem Institut für Schiffs- und Tropenkrankheiten zu Hamburg
(Direktor: Obermedizinalrat Prof. Dr. Nocht).

Zur Kasuistik des Ulcus molle serpiginosum.

Von

Dr. Martin Gross, s. Z. Medizinalpraktikant.

Mit 7 Abbildungen im Text.

Während das Ulcus molle mit seiner spezifischen Ätiologie eine der häufigsten Geschlechtskrankheiten darstellt, ist seine „sehr fatale Variation", der „serpiginöse Schanker", ein sehr seltenes Vorkommnis[1]). Wir behandelten seit etwa 1 Jahre in unserer Klinik einen Fall, über den hier berichtet werden soll.

Patientin L. Pl., Artistin, 25 Jahre, Körpergewicht 57,1 kg.

Anamnese: Über die Familie ist nichts Besonderes zu berichten. Die Patientin selbst erkrankte als Kind an Diphtherie und Frieseln. 1918 lag sie 10 Tage mit Grippe zu Bett. Die Menses waren früher immer regelmäßig, ohne jegliche Beschwerden, jedoch mit viel Blutverlust. Seit 1918 ist die Regel ganz normal.

1916 bekam sie in Budapest starken Ausfluß aus der Vagina. Sie bemerkte damals ein kleines Geschwür an der Innenseite der rechten großen Schamlippe, das stark

[1]) In den „Geschlechtskrankheiten" von J. Engel-Reimers, der über ein zahlreiches Material verfügte, ist das Ulcus molle serp. gar nicht erwähnt!

Digitized by Google

schmerzte und schließlich, als es sich von selbst öffnete, eine größere Menge Eiter sezernierte. Bis zum Jahre 1918 blieb das Ulkus bestehen, aus dem ab und zu etwas Eiter ausfloß. Weihnachten 1918 schwollen die Drüsen in der rechten Leistenbeuge an, wurden sehr schmerzhaft und vergrößerten sich stark. Am 11. Januar 1919 wurde die Drüse inzidiert und, nachdem sich eine größere Menge Eiter entleert hatte, mit Jodoformgaze tamponiert. In 4 Wochen ambulanter Behandlung vergrößerte sich die Inzisionsstelle und bekam ein ausgezacktes Aussehen. Im Mai 1919 begab sich die Patientin zur Behandlung in die Budapester Universitätsklinik. Dort wurde sie mehrere Male operiert, und die Wunde schloß sich bis auf einen kleinen Spalt in der rechten Leistenbeuge, so daß die Patientin im August desselben Jahres die Klinik verlassen konnte. In den folgenden Monaten vergrößerte sich jedoch das Geschwür und schmerzte stark, so daß die Patientin im Oktober desselben Jahres wieder die Klinik (diesmal die chirurgische Abteilung) aufsuchte. Über die Behandlung in der chirurgischen Klinik der Universität Budapest liegt ein brieflicher Bericht vor, den wir auszugsweise wiedergebe.

„Wir haben eine Patientin — 28 Jahre alt —, die schon seit Jahren an venerischem Granulom leidet. Sie wurde schon mit Salvarsan, Quecksilber, mit verschiedenen Salben ohne Erfolg behandelt. Bei der Aufnahme sah man ein handbreites Geschwür in der rechten Inguinalfurche, welches vollkommen exzidiert wurde. Die Exazerbation ließ nicht lange auf sich warten. Das Resultat war ein noch einmal so großes Geschwür, welches hinunter bis zur Glutealfurche reichte. Nun versuchten wir Autovakzine, und zwar mit vorzüglichem Erfolg. (Züchten konnte der Bakteriologe eine Art von hämoglobinophilen Kokken in Reinkultur, die weiter nicht identifiziert werden konnten.) Das Geschwür überhäutete sich in einigen Wochen bis auf eine dreimarkstückgroße Partie, welche — unten in der Glutealfurche gelegen — gar keine Heilungstendenz zeigte. Es wurde später noch einige Male die Autovakzination wiederholt; wir gaben Salvarsan, später Yatren; dann wurde das Geschwür mit den verschiedensten lokalen Arzneimitteln behandelt, jedoch ohne Erfolg. Im Gegenteil: das Geschwür wurde Tag für Tag größer. Nun bekam ich sie als Pat. und versuchte sofort die intravenöse Darreichung von Brechweinstein. Sie bekam in 3 Monaten 5 g Brechweinstein. Der Erfolg war im Anfang ausgezeichnet. Das etwa handbreite Geschwür überhäutete sich bald; es blieb aber wieder ein beiläufig dreimarkstückgroßes Geschwür zurück, welches auch nach mehrmaliger Wiederholung der Brechweinsteininjektion bestand. Indessen bekam die Kranke Thrombosen beinahe in sämtlichen Venen, so daß ich gezwungen war, die Injektionen einzustellen. Nachher versuchte ich Trepol und Neotrepol, wieder ohne Erfolg. Heute besteht in der Gegend der Glutealfurche ein Geschwür von etwa 4×5 cm Größe, auf der einen Seite mit unterminierten Rändern, zeigt keine Heilungstendenz, schreitet aber auch nicht weiter. Vor kurzem bekam sie wieder die Brechweinsteininjektion. Der Erfolg blieb aus."

Nachdem nun noch Stibenyl und später eine nochmalige Autovakzination ohne Erfolg geblieben war, wurde die Pat. dem Institut für Schiffs- und Tropenkrankheiten überwiesen.

Aus dem Aufnahmebefund 16. VI. 1923.

Großes, kräftiges Mädchen in gutem Ernährungszustand. Haut und Schleimhäute blaß. Die Pupillen sind rund, gleich weit und reagieren prompt auf Licht und Konvergenz. Kopf und Hals o. B. Thorax gut gewölbt. Mammae gut entwickelt. In der linken Klavikulargrube und an einigen Stellen des Rumpfes und des rechten Beines sind trockene, schuppende, braunrote, leicht erhabene, etwa daumennagelgroße Hautveränderungen sichtbar.

Pulmo o. B. Cor o. B.

Abdomen weich und gut gewölbt, Leber nicht vergrößert, Milz nicht palpabel.

Die inneren Genitalien bieten keinen krankhaften Befund. Das rechte Labium maj. ist am äußeren Rande geschwürig zerfallen. Dieses Geschwür erstreckt sich auf die gesamte rechte Glutealgegend und reicht auch noch auf die hintere und innere Seite des rechten Oberschenkels und ist etwa 30 cm lang und 15 cm breit. Der Rand ist etwas aufgeworfen, zackig und bindegewebig verdickt. Auf dem Geschwürsgrunde sieht man blutrote Granulationen und im unteren Teile bis zu 10 cm lange Gewebsdefekte (s. Abb. 1). In den oberen Teil des Geschwürsgrundes, der viel flacher ist als der untere, reicht eine frisch epithelisierte Granulationsmasse vom Perineum aus quer hinein. Nach oben hin schließt sich ein fast ebenso großes Stück gut vernarbter Haut an. Diese Narbenmassen reichen über das rechte Darmbein bis in die Gegend der Costae spuriae.

Digitized by Google

Die Umgebung des Geschwürs zeigt keine entzündliche Veränderung; der Grund ist berührungsempfindlich und blutet leicht. Die Nischen sind angefüllt mit gelblichem Eiter, der sehr übelriechend ist. Im Wundsekret finden sich bei der Untersuchung im Dunkelfeld massenhaft Bakterien, Leukozyten, Erythrozyten und auch feine Spirochäten. Im Methylenblau- wie im Giemsa-Präparat sieht man verschiedene Arten von Bakterien und Kokken und einzelne große Spirochäten vom Refringenstyp.

Die Beweglichkeit des rechten Beines in der Hüfte ist etwas eingeschränkt und schmerzhaft, doch kann die Pat. auf der linken Seite gut liegen und ohne Beschwerden stehen und gehen. Das Sitzen ist nur auf der linken Gesäßhälfte möglich.

Reflexe normal.

Blutbild:	Hgbl.	70%
	Erythrozyten	4363000
	Färbeindex	0,8
	Leukozyten	9200
	Eosinophile	2%
	Stabkernige	3%
	Segmentkernige	80%
	Lymphozyten	14%
	Große Mononukleäre	1%
	Malariaparasiten	0

WR im Blute negativ.

Stuhl o. B. Im Urinsediment finden sich Leukozyten und Epithelien.

Eiweiß, Zucker, Urobilin, Urobilinogen negativ.

Sowohl bei der Miktion als auch bei der Defäkation bestehen einige Schmerzen. Beide sind jedoch unter Vorsichtsmaßregeln ausführbar. Temperatur nicht erhöht.

Abb. 1. Juni 1923. Das Ulkus bei der Einlieferung.

Verlauf: Die Krankengeschichte stellte für lange Zeit ein deprimierendes Dokument der Hilflosigkeit gegenüber dieser äußerst schweren Krankheitsform dar. Zur Übersicht seien die Mittel und Behandlungsmethoden, deren wir uns bedienten, im folgenden zusammengestellt: Jodoform und Jodoformglyzerin, Dermatolpulver und -paste, Ortizonpulver und -stäbchen, Yatren, Sulfofix, Talkum, Pyoktannin, Alaun, Kochsalzlösung, Kampferwein, Kaliumpermanganat, Yatrenglyzerin, Dakinsche Lösung, Essigsaure Tonerde, 2%ige Salzsäure, Argentum-nitricum-Salbe, Eosinsalbe, Pitralonsalbe, Scharlachsalbe. Die Wundränder wurden mit Höllensteinstift und Karbolsäure geätzt. Die Nischen unterhalb der Wundränder wurden bei täglichem Verbandwechsel mit konzentrierter Wasserstoffsuperoxydlösung ausgewischt, häufig mit Acidum carbolicum liquefactum geätzt und mit Jodoform gefüllt.

Injiziert wurden: „Bayer 205“, Bi 5 (ein wasserlösliches Wismutpräparat), sterile Milch, Staphyloyatren und schließlich Autovakzine, die aus Kulturen kleiner, gramnegativer Staphylokokken bereitet wurde (siehe unter Bakteriologie).

Innerlich wurde eine Zeitlang Jodkali gegeben.

Digitized by Google

Außerdem wurde Patientin mit Höhensonne und Quarzlampe bestrahlt und mit einstündigen Sitzbädern von 40—45° behandelt. Einmal wurde an zwei aufeinander folgenden Tagen die Vereisung einer isolierten Ulzeration mit Chloräthylspray vorgenommen, ein anderes Mal wurden die Wundränder mit dem Thermokauter behandelt. Zweimal wurden in Narkose die Wundränder und die überhängenden Gewebspartien entfernt und der Geschwürsgrund mit dem scharfen Löffel ausgekratzt.

Nach etwa sechsmaliger Injektion von Autovakzine, auf die Pat. mit geringen Temperaturen reagierte, trat eine weitgehende Besserung ein, die jedoch nicht standhielt. Die spätere Wiederholung dieser Injektionen war völlig erfolglos. Überhaupt muß erwähnt werden, daß jede neu einsetzende Behandlungsmethode zuerst besonderen Erfolg versprach. Nach kurzer Zeit jedoch stellte sich eine starke Schmerzhaftigkeit und eine dunkelblaurote Färbung der Wundränder ein. Der Geschwürsgrund der Randulzera nahm eine schmutziggraue Färbung an, und mit der Sonde konnte man dann zentrifugal vordringende Fisteln bis zu 1 und 2 cm Länge verfolgen. Während dann diese Fisteln sich eröffneten und mit in die Randulzera einbezogen wurden, vernarbte und epithelisierte mehr oder weniger rasch deren zentraler Teil, so daß die Ulzera ungefähr immer die gleiche Größe — etwa die eines Zehnpfennigstückes — behielten. Eines dieser Ulzera war in die Analfurche hinein vorgedrungen und hatte sich dort in eine stark sezernierende Fistel umgewandelt, die sich später völlig schloß und eine etwa 1 cm tiefe und 3 cm lange Furche bildete, die bis nahe an den Sphincter ani heranreichte.

Die Vereisung eines der Randulzera mit Chloräthylspray an zwei aufeinander folgenden Tagen hatte eine starke Hyperämie der Umgebung und schließlich eine Abhebung der Epidermis herbeigeführt. Der Grund des Geschwürs war frischrot, mit gesunden Granulationen bedeckt, die Ränder nicht unterminiert, und es führten keine Fisteln in die Tiefe. Nach etwa 3 Wochen zeigte auch dieses Ulkus Tendenz, sich zentrifugal auszubreiten. Es bekam unterminierte Ränder, und man geriet mit der Sonde in tiefe Fisteln.

Zu erwähnen ist noch das zweimalige Auftreten eines Erysipels in einem Abstand von 6 Wochen. Beim ersten Male dauerte das Fieber 4 Tage. Das Erysipel begann an einer umschriebenen Stelle in der rechten Unterbauchgegend, breitete sich dann über die linke Bauch- und rechte Hüftseite auf den rechten Oberschenkel aus. Dann blaßte es ab. Während dieser Zeit hörte jede Sekretion der Ulzera auf; sie zeigten Tendenz zu verheilen, die Ränder wurden druckschmerzlos, und das gesamte Ulkus machte den Eindruck, als wolle es sich innerhalb weniger Tage schließen. Dies war lange Zeit unzweifelhaft unser bester „therapeutischer" Erfolg. Bald jedoch begannen die Ränder sich in der vorher beschriebenen Weise umzugestalten, so daß das Ulkus innerhalb weniger Wochen wieder sein malignes Aussehen hatte. Das nach etwa 6 Wochen auftretende zweite Erysipel dauerte nur 2 Tage an. Es ging von der Innenseite des rechten Oberschenkels aus und erstreckte sich auf diesen und die rechte Unterbauchgegend, von wo es zungenförmig auf die rechte Glutealgegend überging. Die Wirkung auf das Ulkus war weniger deutlich, da das geringe Fieber schon nach 2 Tagen verschwunden war.

Digitized by Google

Die endgültige Heilung wurde dadurch erzielt, daß in Narkose die gesamten Ulzera von Jantzen mit dem Thermokauter verschorft wurden, der zu diesem Vorgehen von Nocht ermutigt wurde. Alle Fistelgänge und Nischen wurden bis tief ins Gesunde hinein verfolgt, so daß statt der etwa ein- bis zweipfennigstückgroßen Ulzera jetzt drei- bis fünfmarkstückgroße Brandwunden entstanden (s. Abb. 2 und 3). Die Wunden wurden mit Jodoform bedeckt und mit einem Wall von Jodoformvaseline umgeben. Der Erfolg war über Erwarten gut. Zwei kleine Ulzera mußten nach etwa einer Woche nochmals verschorft werden, während alle übrigen gesunde Granulationen zeigten und sehr schnell sich zu schließen begannen. Nach etwa 4 Wochen waren auch die zuletzt verschorften Ulzera geschlossen. Indessen bildete sich später in der Analfurche eine kleine, nässende, stark druckschmerzhafte Stelle aus, die eine leicht entzündete Umgebung hatte. Nach ausgiebiger Kauterisation heilte die Wunde nur sehr langsam, da sie bei der Defäkation immer wieder beschmutzt wurde. Diese Verschorfungsmethode hätte angesichts der Ausdehnung des Prozesses und des klinischen Bildes bei der Aufnahme der Patientin zu allerlei Bedenken Anlaß geben müssen. Nachdem aber große Flächen abgeheilt waren, war es für die restlichen Ulzerationen die heilungbringende Methode, die natürlich auch die Methode der Wahl in Zukunft bleiben wird bei beginnender Ulzeration, sobald die schwerwiegende Diagnose gestellt ist.

Abb. 2. April 1924. Kurz vor der Kauterisation.

Abb. 3. Mai 1924. Kurz nach der Kauterisation.

Digitized by Google

Histologie[1]): Es handelt sich bei dem durch Probeexzision gewonnenen Schnittmaterial um überhängende Geschwürsränder, die, im histologischen Bilde zungenartig geformt, auf zwei einander gegenüberliegenden Seiten einen zum Teil neugebildeten Epithelüberzug zeigen. Man sieht schon mit schwacher Vergrößerung bei der Übersicht sofort, daß sowohl frischbefallene Partien, beginnende Ulzera und solche auf dem Höhepunkt der Entwicklung neben vernarbten Stellen, an denen der Prozeß völlig abgelaufen ist, vorkommen. Dieses Nebeneinander von verschiedenen Entwicklungsstufen des Ulkus ist bezeichnend für den chronischen Charakter des Prozesses[2]).

An den frisch befallenen Stellen sieht man Herde, die mit Rundzellen angefüllt sind und an denen die normale Schichtung der Haut nicht mehr erkennbar ist. Die Hornschicht fehlt hier vollständig. Die Epidermis ist fast völlig zerstört, so daß nur noch geringe Spuren vorhanden sind. Der Herd erstreckt sich bis tief in die Subkutis hinein (Plasmom im Sinne Unnas). Im Zentrum dieser Herde sieht man große Mengen teils zerfallener, jedenfalls schlecht färbbarer Kerne, während nach den Rändern zu die Tingibilität der Kerne sehr zunimmt. Die Ausdehnung des Herdes in der Subkutis ist viel größer als die des oberflächlichen Defektes, so daß die seitlichen Partien des Herdes von Epithel bedeckt sind. Hierdurch erklären sich die unterminierten Ränder, die für das Ulcus molle typisch sind. In dem nach van Gieson gefärbten Präparat sieht man, daß in den frischen Herden kein Bindegewebe vorhanden ist.

Die Färbung mit Methylgrünpyronin zeigt, daß im Zentrum ein Ödem besteht, in dem zahlreiche Kerntrümmer sichtbar werden. Um diese Stellen herum findet man massenhaft gut darstellbare Plasmazellen mit rotgefärbtem exzentrischen Kern. Eine Gefäßanordnung läßt sich in dem entzündlichen Herde nicht mehr nachweisen.

Ein ganz anderes Bild bieten diejenigen Stellen, in denen der Prozeß zum Abschluß gekommen ist. Während das Stratum corneum und granulosum in normaler Weise vorhanden ist, ist das Stratum spinosum akantotisch verdickt. Die Interzellularspalten sind stark erweitert, so daß sie an einigen Stellen sogar zu kleinen Bläschen umgewandelt erscheinen. In den Spalten und Bläschen finden sich reichlich Leukozyten. Die Papillen sind entsprechend gestreckt. Die Papillargefäße sind erweitert und mit reichlichen Rundzellen umgeben, unter denen sich sehr viele Plasmazellen befinden. In der Subkutis sind verschiedene Bilder sichtbar. Einesteils erstrecken sich von den Randpartien des Infiltrationsherdes ausgehende Züge von Rundzellen tief in das Gewebe hinein, andererseits sieht man dazwischen erweiterte Gefäße, die von kleinen Infiltrationsherden umgeben sind, so daß sie wie Inseln erscheinen. Auch in diesen kleinen Herden sind reichliche Plasmazellen nachzuweisen. Hier sowie auch in den vorher beschriebenen Rundzellzügen befinden sich eine größere Menge von Riesenzellen mit homogenem Protoplasma und randständigen Kernen (etwa 5—20). Im Gegensatz zu den tuberkulösen Riesenzellen sind diese im allgemeinen größer. Die Kerne sind nicht spindelig geformt und radspeichenartig angeordnet, sondern rund und blasig. Sie stehen meist randständig, obwohl man auch häufig in der Mitte der Riesenzellen gutgefärbte Kerne findet. Bei van Giesonscher Färbung sieht man im subkutanen Gewebe zwischen den befallenen Partien stark vermehrtes Bindegewebe. Auch die Fibroblasten sind sehr vermehrt. An den erweiterten Saftlücken und Lymphbahnen läßt sich ohne Schwierigkeit das Ödem erkennen.

Die in „Fischzügen" angeordneten Erreger des Ulcus molle, die von Unna gefundenen Streptobazillen, sind vor allem im Plasmon, und zwar unter den schlecht tingiblen Kernen des Zentrums zu finden. Sie liegen in schmalen Reihen von zwei bis sechs Gliedern nebeneinander und werden durch Methylgrünpyronin rot gefärbt (s. Abb. 4).

Bakteriologie: Der Erreger des Ulcus molle, der Streptobazillus (Unna, Ducrey, Krefting), ließ sich nicht nur im Schnitt, sondern von Delbanco oft auch im Ausstrich nachweisen[3]). Seine von Unna beschriebene fischzugartige Anordnung erleichtert die Differentialdiagnose. Die Stäbchen sind 1,2—1,5 μ groß und nicht ganz 0.5 μ breit. Sie sind scharfkantig, während sie im Eiterausstrich abgerundete Ecken zeigen. Dort

---

[1]) Ich bringe nur eine kurze Beschreibung des histologischen Bildes, da Delbanco über die Besonderheit gegenüber der Histologie des gewöhnlichen Ulcus molle berichten wird. — [2]) Die Befunde entsprechen in weitgehendstem Maße der Schilderung, die Unna in der „Histopathologie der Hautkrankheiten" gibt. — [3]) „Ausstrich" ist hier nur cum grano salis zu nehmen, da es sich bei diesen Ausstrichen immer um abgekratzten Geschwürgrund handelt, wodurch sich auch die reihenförmige Anordnung der Stäbchen in diesen Präparaten erklärt, die im reinen Eiter fehlt.

Digitized by Google

erscheinen sie auch nur sehr selten in kettenartiger Anordnung, sondern mehr einzeln oder in Gruppen von zwei bis zehn.

Nauck, der die bakteriologischen Arbeiten ausführte, berichtet, daß es nicht gelungen sei, die Erreger aus Granulationen, die mit reichlich Kochsalzlösung ausgespült waren, zu züchten, da vermieden wurde, einen Impfschanker anzulegen. In den Kulturen wuchsen meist banale Keime. Vor allem ließ sich ein gramnegativer, kleiner Staphylokokkus züchten, der für Mäuse äußerst virulent war. (Nach intraperitonealer Einimpfung von 0,1 ccm einer leicht getrübten Aufschwemmung dieses Bazillus starb eine Maus innerhalb 24 Stunden.) Aus den Kulturen dieses Stammes wurde die vorerwähnte Vakzine hergestelt. Im Eiterausstrich wurden oft auffällig viel Diplokokken gefunden, die sich mit Unna-Pappenheim-Lösung leuchtend rot färbten und die bezüglich der Lagerung und Form Ähnlichkeit mit Gonokokken aufwiesen (s. Abb. 5). Bei den wie Streptokokken aussehenden Bakterien, die dann und wann im Ausstrich gefunden

Abb. 4. Streptobazillen in fischzugartiger Anordnung. Vergr. 1500mal.

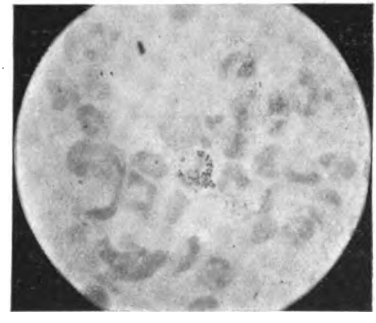


Abb. 5. Diplokokkenanhäufung in einer Zelle. Vergr. 500mal.

wurden, handelt es sich nach Delbancos Meinung um reihenförmig angeordnete Diplokokken, da in den Kulturen nie Streptokokken wuchsen.

Entlassungsbefund: Der Allgemeinbefund gleicht im wesentlichen dem bei der Aufnahme. Die Gegend der rechten Leistenbeuge ist von einer großen Narbenmasse eingenommen, die medial bis zur Mittellinie reicht (s. Abb. 6). Ihre Grenze verläuft in der Mitte zwischen Nabel und Lig pouparti zur Spina iliaca ant. sup., von dort aus herab auf der Außenseite des Oberschenkels bis zum oberen Drittel und wendet von hier aus quer über denselben zur rechten großen Schamlippe. Die Narben verlaufen weinblattartig in die Umgebung und haben ein eingezogenes und gewelltes Aussehen. Man sieht tiefe Einziehungen neben kleinen gestielten Hauthörnern. Die Farbe der Narbenmassen ist glänzend weiß, das Epithel hat eine papierartige Konsistenz. Die rechte Schamlippe ist verkleinert, verhärtet und von Narbenmassen eingenommen. Auf der Rückseite hat der Prozeß eine Ausdehnung von 20 cm Länge und 15 cm querem Durchmesser erreicht (s. Abb. 7). Er erstreckt sich von der Mitte des Glutäus bis herab zum mittleren Drittel des Oberschenkels und reicht bis an die Analfurche heran. Dort sieht man eine kleine, etwa 3 cm lange und quergestellte Furche. Im übrigen ist das Zentrum des Prozesses, welches uneben und höckerig ist, von jener oben beschriebenen papierartig glänzenden Narbenmasse eingenommen, die auch die Vorderseite charakterisiert. Nach der Peripherie zu verläuft die Ulkusnarbe strahlig in die Umgebung wie die Funken einer Rakete.

Digitized by Google

Die Prognose ist — quoad vitam — durchaus günstig, während die, quoad restitutionem, lange Zeit als ungünstig betrachtet werden mußte, da der zentralen Abheilung ein dauerndes zentrifugales Weiterschreiten des Prozesses gegenübersteht. CRIADO teilte einen Fall mit, der zwölf Jahre bestand, und aus der übrigen Literatur geht hervor, daß das Ulcus molle serpiginosum ein äußerst langwieriges Krankheitsbild darstellt.

Kritische Betrachtung: Seit der Entdeckung des typischen Erregers des Ulcus molle durch DUCREY und UNNA ist in die Ätiologie der großen chronischen Ulzerationen Klarheit gekommen. Jedoch herrschen über die Abgrenzung des Ulcus molle serpiginosum gegenüber anderen Krankheitsbildern in mancher Hinsicht noch Unklarheiten. Differentialdiagnostisch kommt vor allem das tubero-ulzeröse Syphilid und das Granuloma venereum in Betracht. Durch die WR und den negativen Spirochätenbefund kann man das klinisch vom serpiginösen Schanker nur schwer unterscheidbare Syphilid differentialdiagnostisch ausschließen. Die WR ist hier entscheidender als der negative Spirochätenbefund, da ihr Nachweis in den Spätsyphiliden ungemein schwierig, sogar gewöhnlich unmöglich ist. Allenfalls ist das Tierexperiment heranzuziehen. Aber auch die WR kann bei Spätsyphiliden negativ ausfallen.

Abb. 6. Narbenmassen in der Leistenbeuge.

Jeder, der unbefangen an einen solchen Krankheitsfall herantritt, ohne seine Anamnese zu kennen, muß zuerst und eindringlich an ein ulzeröses Spätsyphilid denken, wie es auch die Abbildungen dem Beschauer nahelegen. Die Krankengeschichte aber, der Beginn immer neuer Geschwürsbildungen, die unterminierten Ränder, die enorme Schmerzhaftigkeit, die Gewebsbrücken, welche Geschwüre und Narben überspannen, das stollenartige Vordringen ins Gesunde, die wieder durch Quergänge miteinander verbundenen Stollen, der seichte und schmierig belegte Geschwürsgrund und das relative Oberflächlichbleiben der Geschwürsgänge sind einige Charakteristika der sattsam beschriebenen und per contiguitatem nach allen Seiten peripher vorwärtsschreitenden chronischen Geschwürsbildung, des hier vorliegenden Ulcus molle serpiginosum.

Das Granuloma venereum macht die größten Schwierigkeiten bezüglich der Differentialdiagnose. GENNERICH, der drei Fälle von Ulcus molle serpiginosum seiner eigenen Beobachtung mit den Fällen von Granuloma venereum von SIEBERT und GRINDON vergleicht, findet „die bisherigen negativen Befunde hinsichtlich der Streptobazillen beim venerischen Granulom“ aus verschiedenen Gründen nicht verwunderlich.

Digitized by Google

Die Streptobazillen sind im Gewebe an sich schon schwer zu finden; sie fehlen ferner bei Ulcus molle — „mit Sicherheit an allen Stellen, wo Proliferationsvorgänge vorhanden sind". Das Auffinden der Streptobazillen ist nicht immer ganz leicht, da das Auge sich erst an die ungemein zarten, blaßrot gefärbten Stäbchen gewöhnen muß. Wenn man sie im Präparate einmal gesehen hat, dann hält das Auge den Eindruck fest, so daß sie kaum mehr übersehen werden. Um so stattlicher imponiert dann aber die große Zahl der Bazillen in einem „Fischzuge". Es ist notwendig, eine größere Menge von Schnittpräparaten durchzusehen, da man — in bazillenarmen Schnitten — oft nur Querschnitte durch jene „Fischzüge" bekommt, die ein untypisches Aussehen haben. Plehn glaubt — nach Siebert — in dem venerischen Granulom der Tropen den phagedänischen Schanker unserer Breiten zu sehen; jedoch scheint das Granuloma venereum durch die Arbeit von Kuhn, der sieben Fälle histologisch untersuchte, durchaus sichergestellt zu sein.

Auch die Ätiologie des Ulcus molle serpiginosum ist durchaus noch nicht klargestellt. Unna, der in seiner Histopathologie der Haut diese Frage eingehend erörtert, kommt zu keinem abschließenden Ergebnis. Er konnte aus zweien seiner Fälle ein und denselben Kokkus züchten, „der in Gruppen frei oder in Leukozyten und in beiden Fällen meist als Diplokokkus oder in unregelmäßig verschlungenen und zu Knäueln verwickelten Ketten in den nekrobiotischen und eiternden Partien der Narbe und in der Hornschicht der intrakutanen Fisteln eingebettet vorkommt". Seine Größe betrug 1—2 μ; die größeren Formen waren ovoid, ja selbst bazillär. Er läßt die Möglichkeit offen, ob das Weiterschreiten des Ulcus molle durch eine solche Sekundärinfektion oder durch eine andere Art der Streptobazillen erzeugt werde, denn die Identität der bei beiden Prozessen gefundenen Streptobazillen scheint ihm nicht einwandfrei bewiesen. „Im allgemeinen sind die Ketten mehr einreihig, die einzelnen Glieder etwas länger ($1\frac{1}{4}$—$1\frac{1}{2}$ μ); doch sind diese geringen Differenzen nicht ausschlaggebend." Tomasczewski hält diese vorsichtige Reserve Unnas für übertrieben. Für die Annahme einer Sekundärinfektion spricht auch der Umstand, daß der serpiginöse Schanker sich nur selten aus dem primären Ulkus, sondern meist aus einem inzidierten oder durchgebrochenen und häufig vernachlässigten Bubo entwickelt. Auch Fasani-Volarelli hält den Umstand, daß er in den Randpartien eines Ulcus molle serpiginosum hochvirulente Strepto- und Staphylokokken fand,

Abb. 7. Juli 1924. Die Narbe nach Ablauf des Prozesses an der Rückseite.

Digitized by Google

für beweisend, daß es sich um eine Komplikation — also Sekundärinfektion — handelt. Nach DELBANCOS Meinung handelt es sich unbedingt um eine Mischinfektion.

Ein Umstand jedoch gibt besonders zu denken, nämlich, daß ein Inokulationsschanker aus einem Ulcus molle serpiginosum sich nicht unbedingt zu einem ebensolchen entwickeln muß, wie die Versuche von REENSTIERNA gezeigt haben. Jedenfalls steht diese Tatsache sowohl zu der einen als auch zu der anderen Theorie in Gegensatz.

Die vielen Mittel, welche zur Behandlung des Ulcus molle serpiginosum empfohlen worden sind, geben den besten Beweis, daß keines dieser Mittel unbedingt wirksam ist. Das Jodoform, welches bei dem einfachen weichen Schanker so gute Dienste leistet und auf Streptobazillen spezifische Wirkung ausübt, läßt hier ebenso im Stich, wie die unendlich vielen anderen Behandlungsmethoden, Spülungen mit Argentum nitricum, Kaliumpermanganat-Lösung, Ätzungen, Salben, Kauterisationen usw. WRIGHT rät — nach TURNACLIFF —, die Ulzera mit Chloräthyl zu vereisen. CRIADO gibt an, daß er einen zwölf Jahre bestehenden Fall von Ulcus molle serpiginosum, der nie eine Lungenaffektion gehabt hatte, durch fünf Injektionen von Tuberkulin geheilt habe.

Da man seit der Arbeit von BESANÇON, GRIFFON und LE SOURD gelernt hat, die Streptobazillen auf künstlichem Nährboden zu züchten, so sind zahlreiche Versuche mit Streptobazillenvakzine gemacht worden. FREI berichtete 1922 von einem zwei Jahre bestehenden Ulcus molle serpiginosum, welches innerhalb von zwei Monaten durch 22 intramuskuläre Vakzineinjektionen von DUCREY-Bazillen geheilt worden sei.

Wir vermieden mit Absicht, eine Inokulation des Schankers vorzunehmen, da wir eine serpiginöse Ausbreitung vom Impfschanker aus fürchteten. Deshalb gelang uns die Züchtung der Streptobazillen nicht, so daß wir diese Befunde nicht nachprüfen konnten. Neuerdings wurde von REENSTIERNA ein antistreptobazilläres Serum hergestellt und beschrieben, mit dem außerordentlich gute Erfolge bei sehr langwierigen Fällen erzielt wurden. Es ist uns leider nicht gelungen, dieses Serum zu bekommen. Die Kauterisation mit dem Paquelin, die schließlich zum Erfolge führte, wurde in Narkose vorgenommen. Ein breiter Wall von Jodoformvaseline sollte einer etwaigen Reinfektion der einzelnen Wundflächen vorbeugen, die außerdem noch mit Jodoform in Substanz bestreut wurden. Es ist unbedingt notwendig, bis tief ins Gesunde hinein zu verschorfen, was ja ohne Schwierigkeiten bewerkstelligt werden kann, da das Ulcus molle serpiginosum relativ oberflächlich bleibt.

Interessant ist, daß die Pat. nach dem Eingriff nie über Schmerzen klagte. Im Gegenteil konnte das Druckschmerzhaftwerden der Wundränder stets als Signum mali ominis gedeutet werden. Dann wurde die Umgebung leicht gerötet, und der Prozeß begann wieder, sich peripherwärts auszudehnen. In diesem Falle wurde dann abermals verschorft.

Wir stehen nicht an, dieses radikale Vorgehen überall dort zu empfehlen, wo die gewöhnlichen Methoden der Ulcus-molle-Behandlung versagen, und wo mit einem Weiterfortschreiten des Prozesses gerechnet werden muß.

Digitized by Google

Literatur.

M. Askanazy, Äußere Krankheitsursachen. In Aschoffs Lehrb. d. path. Anat., Bd. 1, S. 178. — Besançon, Griffon u. le Sourd, Culture du bacille du Chancre mou. Compt. rend. hebd. Sc. memoir. Soc. Biol., Sc. 8. Dez. 1900, S. 1048. — F. Block, Über Bubonenbehandlung. D. m. W., 1895, Jahrg. 21, Bd. 20, S. 327. — Criado, Ulcus molle serpiginosum. Verhdl. d. Soc. espanola de Derm. y Sifiliogr. Sitzg. Febr. u. März 1919. Ref. Arch. f. Derm., 1921, Bd. 137, S. 173. — L. Cruveilhier, Vaccinothérapie dans le chancre mou. Compt. rend. hebd. Sc. memoir. Soc. Biol., Sc. 25. Febr. 1922, S. 421. — E. Delbanco, Historisches über Unnas Streptobazillus. (Eine Legendenbildung im 20. Jahrhundert.) Arch. f. Derm., 1921, Bd. 129, S 242. — F. Fasani-Volarelli, Über Ulcera serpiginosa venerischen Ursprungs. Giorn. Italiano delle Malattie vener. e della pelle, 1921, H. 4, S. 436. Ref. Derm. Z., 1922, Bd. 37, S. 231. — Frei, Bemerkenswerter therapeutischer Erfolg mit Streptobazillenvakzine bei einem Fall von Ulcera mollia serp. Schlesische dermatol. Ges. Breslau, Sitzg. v. 18. XI. 1922. Ref. Zschr. f. Derm. u. Geschlechtskrkh., 1923, Bd. 7, S. 307. — W. Gennerich, Die Beziehungen zwischen Ulcus molle serpiginosum und Granuloma venereum. Derm. W., 1913, Bd. 57, S. 1195. — Jacobi-Zieler, Der weiche Schanker, S. 454. Das venerische Granulom, S. 463. Berlin u. Wien 1924. — L. Jores, Haut. In Aschoffs Lehrb. d. path. Anat., Bd. 2, S. 983. — L. Merian, Ein Fall von extragenitalem Ulcus molle des linken Oberarmes. Mh. f. pr. Derm., 1911, Bd. 53, S. 531. — Milian u. Rivalier, Gangrène cutanée de la jambe. Bull. de la soc. franç. de derm., Jg. 1922, Nr. 6, S. 231. Ref. Zschr. f. Derm. u. Geschlechtskrkh., 1923, Bd. 7, S. 196. — A. Neisser, Bemerkungen zur Therapie des Ulcus molle. B. kl. W., 1895, Jg. 32, Bd. 36, S. 778. — Chr. Nicolle, Isolement, Culture et Conservation dans le Labor. du Streptobacille du Chancre mou. Soc. Biol., Sc. 14. April 1923, S. 871. — G. Nobel, Über Bubonenbehandlung. D. m. W., 1895, Jg. 21, Bd. 28, S. 455. — A. Plehn, Das venerische Granulom. In Mense Hdb. d. Tropenkrkh., 1914, Bd. 2, S. 209. — J. Reenstierna, Préparation et propriétés d'un sérum antistreptobacillaire. Arch. Inst. Pasteur, Tunis, 1923, Bd. 12, Nr. 3—4, S. 273. — Derselbe, Cutiréaction dans le chancre mou. Son application au diagnostique. Ebenda, S. 299. — Da Rocha-Lima, Über Blastomykose, venerisches Granulom und klimatische Bubonen. Arch. f. Derm., Bd. 145, S. 312. — A. Ruete, Die Behandlung des Ulcus molle mit heißen Spülungen. Klin. ther. Wschr., 1909, Nr. 25. — H. Schmidt, Antimon in der neueren Medizin. Beih. z. Arch. f. Schiffs- u. Tropenhyg., 1922, Bd. 26, Nr. 1, S. 7—68. Ref. Zbl. f. Derm. u. Geschlechtskrkh., 1923, Bd. 6, S. 253. — Siebert, Arch. f. Schiffs- u. Tropenhyg., 1907, Bd. 11, S. 379. — Simonds, Männlicher Geschlechtsapparat. In Aschoffs Lehrb. d. path. Anat., Bd. 2, S. 541. — R. O. Stein, Ulcus molle. In Kolle-Wassermanns Handb. d. pathog. Mikroorg., 1913, Bd. 5, S. 1218. — Derselbe, Geschlechtskrankheiten. München 1922. — Derselbe, Die Plattenkultur der Streptobazillen des Ulcus molle. Zbl. f. Bakt., Orig., I. Abt., 1908, Bd. 46, H. 8, S. 664. — Stümpke, Fall eines 37jähr. Kaufmannes mit großen geschwürigen Prozessen, die zum Teil ausgeheilt sind, in der rechten Leistenbeuge und am Genitale. Nordwestd. Derm. Vereinigung Hannover, 26. III. 1922. Zbl. f. Haut- u. Geschlechtskrkh., 1922, Bd. 5, S. 441. — E. Tomasczewski, Ulcus molle. Lymphangitis et Lymphadenitis ex ulcere molli. In Finger-Jadassohns Handb. d. Geschlechtskrkh., S. 613. Wien und Leipzig 1912. — Derselbe, Bakteriologische Untersuchungen über den Erreger des Ulcus molle. Zschr. f. Hyg. u. Infkrkh., 1903, Bd. 24, S. 327. — Turnacliff, Case for Diagnosis (Ulcus serp.). Arch. of Derm. and Syphilol., 1922, Bd. 5, Nr. 5, S. 683. Ref. Zbl. f. Derm. u. Geschlechtskrkh., 1923, Bd. 6, S. 212. — P. G. Unna, Die Histopathologie der Hautkrankheit. Aus Orths Lehrb. d. spez. path. Anat. Berlin 1894. Ulcus molle, S. 435. Ulcus serpiginosum, S. 439. — Wiesenack-Jena, Zur Behandlung des Ulcus molle gangraenosum mit Eigenserum. Derm. W., Bd. 72. Ref. Derm. Zschr., 1922, Bd. 36, S. 159.

Digitized by Google

Aus der Klinik für Haut- und Geschlechtskrankheiten der medizinischen Akademie in Düsseldorf (Direktor: Prof. Dr. C. Stern).

Zur Frage einer abgekürzten Seruminaktivierung bei der Wassermannschen Reaktion.

Von

Dr. H. G. Rottmann, Assistenzarzt.

Trotz der bisher erzielten Erfolge mit Flockungs- und Trübungsreaktionen kann die WR bislang als Standartreaktion zur Diagnose der Lues bezeichnet werden. Die Technik der Reaktion ist aber so zeitraubend, daß sie nur wenig in kleinen Krankenhäusern, oder von einzelnen Ärzten ausgeführt wird. Versuche, eine Vereinfachung und Beschleunigung der Reaktion zu erreichen, sind zu begrüßen.

N. Takenomata veröffentlichte in der Med. Kl., 1924, Nr. 25 günstige Resultate mit der WR, bei welcher die zu untersuchenden Sera 5 Minuten bei einer Wasserbadtemperatur von 60° inaktiviert werden, was eine wesentliche Ersparnis an Zeit und eine Vereinfachung des ganzen Inaktivierungsvorganges darstellt.

Auf der Suche nach einer kurzen Inaktivierungszeit ging Takenomata von den Arbeiten von Noguchi, Thomsen und Boas sowie Stilling aus, durch welche dargelegt wird, daß durch 5 Minuten langes Erwärmen eines Serums auf 55° dasselbe meist seine unspezifische Reaktionsfähigkeit verliert, aber häufig schwächer reagiert, als das 30 Minuten lang erhitzte. Spuren von unzerstörtem Komplement können eine Hämolyse alsdann noch fördern. Aus diesem Grunde wählte Takenomata eine höhere Inaktivierungstemperatur und fand in einem 5 Minuten langen Erhitzen des Serums auf 60° ein Optimum.

Unspezifische Reaktionen waren alsdann stets zu vermeiden. Takenomata untersuchte insgesamt 206 Seren nach WR, vergleichsweise mit der bisher üblichen, und der von ihm angegebenen abgekürzten Inaktivierungszeit, und fand nur in 13 Fällen unwesentliche Unterschiede der Reaktionen, die sich gegenseitig ungefähr die Wagschale halten.

An einem größeren Material von 522 Seris unterzog ich die Methodik Takenomatas einer Nachprüfung.

Die WR führte ich mit fünffach verdünntem Patientenserum und zehnfach verdünntem Komplement aus. Es wurden gleichzeitig 2 Extrakte verwandt, und zwar ein schwach cholesterinisierter Menschenherz- und ein stärker cholesterinisierter Rinderherzextrakt. Bei der einen Hälfte der Versuchsreihe benutzte ich frisches Meerschweinchenkomplement, bei der andern Trockenkomplement der Firma Gans (Oberursel), das sich uns bestens bewährt hatte.

Mit Ausnahme von 22 Seren, die der Klinik zugeschickt wurden, stammt das gesamte untersuchte Material aus unserer Klinik oder Poliklinik.

Um die Auswertung der mit 2 Extrakten erzielten Resultate möglichst einfach zu gestalten, werde ich in allen Fällen, in welchen die beiden Inaktivierungsmethoden differieren, Verhältniszahlen gebrauchen, und zwar so, daß ein dreifach positives Resultat (+++) mit 3 Punkten,

Digitized by Google

ein zweifach positives mit 2, ein einfach positives mit 1 und ein negatives mit 0 Punkten bewertet wird. Für ein negativ fragliches Ergebnis wird $^1/_2$ Punkt gerechnet.

Die Diagnose Lues I trugen 9 Fälle. Bei 8 zeigten beide Methoden mit beiden Extrakten die gleichen Resultate. Ein Serum reagierte mit der Orginalmethode +, +, mit der Modifikation TAKENOMATAS +++, +++. Es besteht demnach ein Punktverhältnis von 2,0 : 6,0 zugunsten der abgekürzten Inaktivierungszeit.

Drei Sera mit der Diagnose Lues I/II zeigten keinerlei Differenzen.

Von 87 Fällen sekundärer Syphilis wurden 46 Fälle am Anfang der Behandlung, 41 Fälle am Ende einer Kur untersucht. Die Sera der 46 am Anfang der Behandlung stehenden Patienten differierten sechsmal. Die Unterschiede ergaben eine Verhältniszahl von 34 : 22 zugunsten der langen Inaktivierungszeit. Die 41 nach Abschluß einer Kur untersuchten Sera zeigten 18 Unterschiede. Die Verhältniszahlen 58,5 : 52,5 begünstigten auch hier die halbstündige Inaktivierung.

Mit der Diagnose Lues II/III waren 2 Sera versehen, die völlig gleich reagierten.

Die Resultate von 5 Fällen von Lues III waren viermal gleichlautend. Bei dem 5. Serum war die lange Inaktivierungszeit überlegen. Verhältniszahlen 4 : 2.

Das große Material von Lues latens — insgesamt 142 Blutproben — zerfiel in 115 Fälle, die vor oder am Anfang einer Kur standen, und 27 Fälle am Ende der Behandlung; erstere zeigten 29mal Unterschiede, letztere 11mal. Die Verhältniszahlen bei Lues latens (Anfang) ergaben die Werte von 87,5 : 94 zugunsten der kurzen Inaktivierungszeit.

Bei Lues latens am Ende einer Kur sprechen Zahlen von 35,5 : 27,5 wieder für eine lange Inaktivierung.

Vier Fälle von Lues congenita ergaben keine Unterschiede.

Ungünstig für die abgekürzte Inaktivierungszeit gestaltete sich die Untersuchung eines Lumbalpunktats eines Patienten, der an einer Lues cerebri litt. Der 30 Minuten inaktivierte Liquor ergab mit steigenden Dosen bis zu 0,3 ccm einen Vergleichswert von 10,5, während der 5 Minuten inaktivierte nur einen solchen von 3,0 erreichte.

Elf Differenzen zeigten 52 Seris, die dem Laboratorium mit der Diagnose Luesverdacht zugingen. Auch hier zeigte die halbstündige Inaktivierungszeit Überlegenheit, die zahlenmäßig mit 30 : 23 zum Ausdruck kam. 195 Sera wurden untersucht, die keinerlei Anhaltspunkte für eine bestehende oder überstandene luetische Erkrankung boten. Abgesehen von 3 Fällen reagierten alle mit beiden Methoden gleichmäßig. Die Vergleichszahlen für diese 3 Sera von 4,5 : 1,5 neigen der längeren Inaktivierungszeit zu.

Von außerhalb wurden der Klinik 22 Sera zugesandt, deren Diagnosen teilweise fehlten, teilweise nicht ganz klar waren, so daß ich diese Untersuchungsergebnisse gesondert abhandle. Dreimal differierten die beiden Methoden. Die Vergleichszahlen 4 : 4 lassen keine Überlegenheit einer der beiden erkennen.

Fasse ich diese Resultate zusammen so ergibt sich folgendes Gesamtbild.

Digitized by Google

Im ganzen wurden 522 Sera untersucht, von denen 436 mit beiden Methoden bei gleichzeitiger Verwendung von 2 Extrakten völlig gleichsinnig reagierten. Die beiden Inaktivierungsmethoden zeigten 86mal Unterschiede, die insgesamt bei Addition der Vergleichszahlen einen Wert von 269 : 236 ergeben, d. h. die halbstündige Inaktivierungszeit erwies sich bei 86 Seris einer solchen von nur 5 Minuten bei 60° C überlegen dergestalt, daß die Ablesung der Resulate 34 +-Zeichen mehr bei halbstündiger Inaktivierungszeit gewonnen wurden. Viermal sah ich Sera, die nur mit einer der beiden Methoden positiv waren. Ein Fall von Lues latens (am Ende einer Kur) war nur bei halbstündiger Inaktivierungszeit mit beiden Extrakten ++, ebenso zeigte ein Serum mit der Diagnose Luesverdacht nur bei halbstündiger Inaktivierung positive (+) Reaktion. Mit der Methodik Takenomatas allein war positiv 1 Fall von Lues II am Ende der Kur (+) und 1 Fall von Lues latens (+). Unspezifische Reaktionen konnte ich bei keinem Fall nachweisen.

Die von Takenomata angegebene wesentlich abgekürzte Inaktivierungszeit ist demnach bei der Anstellung der WR sehr wohl anwendbar. Sie liefert gelegentlich etwas schwächere Resultate als die bislang übliche Inaktivierungszeit.

Bei sehr zweifelhaften Fällen und bei der Liquordiagnostik ist ihre Anwendung zu widerraten.

Um eventuell günstigere Resultate mit einer abgekürzten Inaktivierung zu erzielen, stellte ich mit Seren, die mit der Methodik von Takenomata gegenüber der halbstündigen Inaktivierungszeit weniger deutlich reagierten, folgenden Versuch an.

In einem kleinen Wasserbad inaktivierte ich die Sera erst 5 Minuten bei 60° C, ließ dann aber die Sera noch im Bad, während die Temperatur langsam sank. Nach 12 Minuten wurde die Inaktivierung beendet. Die Temperatur des Bades war alsdann auf 56° gesunken. Alle 13 so vorbehandelten Sera ergaben die gleichen Reaktionen wie die zur Kontrolle nach der bislang üblichen Weise inaktivierten. Eine Versuchsreihe von 33 wahllos zusammengestellten Seren, von denen 19 positiv reagierten, zeigte den gleichen Befund. Mit beiden Extrakten erhielt ich völlig übereinstimmende Resultate bei beiden Inaktivierungsmethoden. Hieraus ergibt sich, daß doch eine etwas längere Inaktivierungszeit als 5 Minuten notwendig ist, um auch allerfeinste Unterschiede zwischen den beiden Inaktivierungsmethoden auszumerzen.

Es ergeben sich aus meinem Versuchsmaterial folgende Feststellungen:

1. Die von Takenomata angegebene Inaktivierungsmethode (5 Minuten bei 60°) zeitigt im Vergleich mit der bisher üblichen halbstündigen Inaktivierung bei Ausführung der WR, abgesehen von einer ganz geringen Abschwächung der Stärke der Reaktion, gleiche Resultate.

2. Die Unterschiede in der Reaktionsstärke lassen sich dadurch beheben, daß man die Sera 5 Minuten auf 60° erwärmt und sie alsdann weitere 7 Minuten bis auf 56° abkühlen läßt.

3. Die Vorteile einer abgekürzten Inaktivierungszeit liegen lediglich in der Zeitersparnis von 25 bzw. 18 Minuten und der damit allerdings verbundenen leichter zu bewerkstelligenden Wartung des Wasserbades.

Digitized by Google

Versammlungen.

Wiener Dermatologische Gesellschaft.

Sitzung vom 5. Juni 1924.

Vorsitzender: Riehl. Schriftführer: Kumer.

Nobl: **Histologische Präparate von verruköser Keratodermie der Handteller und Fußsohlen.** (Fall demonstriert am 8. Mai 1924.) Einfache Hyperkeratose. Während die Basalzellschichte nur geringe Zellvermehrung aufweist, sind die mittleren Retelagen bereits verbreitet, insbesondere aber das Stratum granulosum bis zu acht Zellagen vergrößert und dunkel gekörnt. Daran schließt sich eine fest zusammenhängende mächtige Hornschichte, die in teilweise von Schmutzpartikelchen durchsetzten Auflagerungen vielfach noch die Strukturelemente kernloser Hornschüppchen erkennen läßt. Der Papillarkörper und die Kutis frei von entzündlichen Veränderungen.

Löwenfeld: **Carcinoma vulvae.** (Fall demonstriert am 8. April 1924.) Die noch nirgends in die Kutistiefe weiter vorgedrungenen Retezapfen der Epidermis zeigen basalwärts stärkere Wucherung, atypische Zellkerne mit zahlreichen, oft pluripolaren Mitosen. An einer Stelle Schichtungen zu einer Hornperle. Entzündliche Reaktion im Kutangewebe.

Löwenfeld: **Atherom.** Das Präparat ist das histologische Substrat zu dem in der Sitzung vom 8. Mai 1924 von Nobl demonstrierten Fall einer säckchenförmigen Anetodermie mit einer derben knotigen Einlagerung. Dieser entsprechend findet sich ein an einer Stelle geplatztes Atherom. Vom wandständigen Epithel ist es in die Epithelbreimassen des etwas kollabierten Tumors zu einer ziemlich beträchtlichen oft papillären Epithelwucherung gekommen. Um die ausgetretenen, verfetteten Epithelschüppchen lebhafte Fremdkörperreaktion mit Riesenzellen. Durch die Ruptur ist es anscheinend zu einem Einsinken des früher prallgespannten Atheroms gekommen. Die darüber gedehnt gewesene Hautdecke blieb im Zustande schlaffer Ausdehnung.

Aussprache: Kyrle (nicht eingelangt).

Löwenfeld: Der Zellcharakter der in das Atherom vorgedrungenen lebhaft proliferierenden Epithelzellverbände besitzt wohl Ähnlichkeit mit Jugendstadien des Basalzellkrebses, doch läßt sich bei Mangel ausgeprägter Atypien die Frage beginnender Malignität schwer entscheiden, wie dies auch von seiten des pathologischen Anatomen Prof. Stoerk bestätigt wurde.

Rusch: **Urticaria pigmentosa.** Die Präparate zeigen die bekannten Veränderungen des makulösen Typus. Aber nicht nur um die Gefäße des oberen Plexus sieht man dicht angeordnete Mastzelleninfiltrate, sondern auch in den interfaszikulären Räumen der oberen Kutisschichte, auf diese Weise zu einem zierlichen Netzwerk zusammentretend. Giemsafärbungen, bei denen die Mastzellengranula schwarz gefärbt erscheinen, lassen überdies erkennen, daß zahlreiche, sowohl perivaskulär als auch interstitiell gelagerte spindelige Zellen mit eosinophilen Granulationen in dichten Schwärmen dazwischen liegen.

Aussprache: Riehl macht darauf aufmerksam, daß in den demonstrierten Präparaten die pathologischen Veränderungen ausschließlich in den mittleren Koriumanteilen sitzen, die Papillar- und Subpapillarschichte sowie das Subkutangewebe aber völlig frei erscheinen. Es kann sich also nicht um eine an das Blutkapillarsystem gebundene Affektion handeln.

Rusch: **Tuberkulid unter dem klinischen Bilde eines Lichen planus.** (Fall demonstriert von Balban am 22. Mai 1924.) An den Präparaten sieht man die mit ihrer Kuppe an die Epidermis heranreichende Gewebsnekrose, die schalenartig von einem tuberkuloidem Gewebe umgeben ist. Charakteristisch ist der Mangel jeglicher Eiterung oder Verflüssigung der Nekrose. Diese verschwindet durch Resorption unter der Epidermisdecke, so daß klinisch nie Gewebszerfall beobachtet wird.

Aussprache: Kyrle bemerkt zu den vorgeführten Präparaten, daß das histologische Bild der Hauttuberkulose vom jeweiligen Allergiezustand abhängig ist. Es können demnach bei ein und demselben Falle zu den verschiedenen Zeiten sehr gut verschiedene histologische Substrate gegeben sein und dies illustriert der vorliegende Fall besonders schön. Vor Jahren bestand ein ganz anderes Bild als jetzt.

Digitized by Google

Löwenfeld: In Bestätigung der Anschauung Kyrles läßt sich bei systematischer histologischer Untersuchung von Mororeaktionen der Befund erheben, daß der Reaktion oft verschiedene Bilder entsprechen; man sieht einfache Epitheloidzelltuberkel oder dem papulonekrotischen Tuberkulid oder auch dem Lichen scrophulosorum ähnliche. Maßgebend für den Charakter der anatomischen Veränderung scheint bei gleichen Versuchsbedingungen der jeweils verschiedene allergische Zustand der Haut zu sein.

Rusch: **Hämatogene subkutane Krebsmetastasen.** Die haselnußgroßen Knoten entwickelten sich im Anschluß an ein vor längerer Zeit reseziertes Drüsenkarzinom des Rektums. Die Knoten sind scharf begrenzt und schieben die Kutis vor sich her, ohne sie zu infiltrieren.

Riehl: **Halbseitiger warzighorniger Nävus.** (Fall demonstriert von Randak am 22. Mai 1924.) Es zeigt sich, daß die Veränderungen faßt ausschließlich durch Anomalien der Epidermis bedingt sind. Der Verhornungsprozeß weicht von den normalen Bildern morphologisch auffällig ab, indem die Verhornung der Zellperipherie, das Auftreten von Keratohyslin und der Schrumpfungsprozeß in den Kernen bereits in den tiefen Lagen des Rete Malpighii, manchmal knapp über der Basalschichte beginnt. Über in dieser Art verändertem Rete häuft sich das Hornzellenlager mit teilweise noch färbbaren Kernresten in großer Mächtigkeit an. (Der Befund wird ausführlich publiziert.)

Aussprache: Kyrle sieht in dem Präparat Riehls ein Unikum und findet seine Bedeutung darin, daß hier ein Typus der Verhornung besteht, der bisher unbekannt ist. Es wird hier Hornsubstanz gebildet, die sich wohl der Masse nach nicht aber morphologisch von normaler unterscheidet, und dabei fehlen die entsprechenden Vorstufen. Kein Strat. granulosum, kein Strat. lucidum. Man sieht ja gelegentlich bei der Ichthyosis Hyperkeratose, ohne daß eine Körner- oder leuchtende Schichte entwickelt wäre, aber im Strat. spinosum finden sich niemals solche Quellungserscheinungen wie hier. Die Verhornung verläuft in Riehls Falle nach einem bisher unbekannten Prinzip. Völlig andere chemische Vorgänge als die normalen müssen sich hier im Zellterrain abspielen.

Arzt: **Psoriasis universalis.** (Fall demonstriert am 8. Mai 1924.) Histologisch zeigt sich außer Hyper- und Parakeratose ein ganz geringgradiges Infiltrat in der Kutis, ohne spezifischen Aufbau. (Das klinische Bild des seinerzeit demonstrierten Falles weist eine wesentliche Besserung auf.)

Arzt: **Leukämische Lymphadenose.** Der in der Sitzung vom 20. Mai 1924 demonstrierte Fall mit Prurigo lymphatica, der inzwischen einem Erysipel erlegen ist, bot bei der Obduktion das Bild der lymphatischen Leukämie mit mächtiger universeller Drüsenschwellung und beträchtlichem Milztumor. In einzelnen Effloreszenzen der Haut finden sich bereits mächtige, nur aus Lymphozyten und eosinophilen Zellen bestehende Infiltrate. Während also das klinische Bild den Leukämiden im Sinne Audrys entsprach, konnte histologisch sein spezifischer Aufbau aus Lymphozyten nachgewiesen werden.

Arzt: **Ulcus tbc. palati.** (Fall demonstriert am 22. Mai 1924.) Erst bei der dritten Exzision konnte bei der ulzerösen Veränderung eine tuberkulide Struktur mit reichlich Epitheloidzellen nachgewiesen werden und damit die Diagnose trotz positiver WR auf Tuberkulose gestellt werden.

Arzt: **Ulcus vulvae acutum.** In dem exzidierten Gewebsstück finden sich nur uncharakteristische Veränderungen entzündlicher Natur. Versuche durch Gramfärbung oder durch die Wälsch-Tinktion den Bacillus crassus nachzuweisen, ergeben ein negatives Resultat.

Nobl: Bei Betrachtung des histologischen Bildes fällt der Tiefgang der Substanzverluste auf, der das ganze kleine Labium durchsetzt. Unter dem Begriff des Ulcus vulvae acutum finden sich immer noch in der klinischen Erscheinung weit voneinander abstehende Zustandsformen subsummiert, über deren ätiologische Einheit die Akten noch lange nicht geschlossen sind. Es unterliegt keinem Zweifel, daß für einzelne nicht venerische Genitalgeschwüre dem Bacillus crassus eine gewisse ursächliche Bedeutung zukommt, doch kann es sich unmöglich immer um den gleichen Prozeß handeln, wenn Geschwürabstriche diese so banale und ubiquitäre Keimart aufzeigen. Bis zur einwandfreien klinisch-bakteriologischen Fundierung der Bacillus-crassus-Ulzera und ihrer Differentialdiagnose gegenüber anderen gleichverlaufenden Geschwüren hat es noch seine Wege.

Sachs: Die Bezeichnung Ulcus vulvae acutum ist mit Rücksicht auf eine Beobachtung von Volk, der am Genitale eines Mannes die gleichen Ulcera wie bei weiblichen Patienten festgestellt hat, unrichtig gewählt. Der Bacillus crassus ist mit dem Döderleinschen Scheidenbazillus identisch (Paltauf, Scherber). Die zuerst von mir als Ulcus

Digitized by Google

pseudotuberculosum am weiblichen Genital beschriebenen Veränderungen gleichen klinisch dem Ulcus vulvae acutum (Sachs, Scherber). Die im Anschluß an akute Infektionskrankheiten, z. B. Typhus abdominalis am weiblichen Genitale auftretenden Ulzerationen können klinisch das gleiche Bild darbieten wie das Ulcus pseudotuberculosum sive Ulcus vulvae acutum.

Sitzung vom 12. Juni 1924.

Vorsitzender: Riehl. Schriftführer: Kumer.

Sachs: **Cutis marmorata pigmentosa.** Die 34jähr. Frau zeigt auf der Streckfläche des linken Armes das Bild der Cutis marmorata pigmentosa, welches sich im Anschluß an heiße Umschläge entwickelt hat und bereits seit drei Monaten besteht.

Sachs: **Lichenoides Tuberkulid und Vitiligo.** Bei der 17jähr. grazil gebauten, anämischen Pat. findet sich eine Vitiligo. Auf den vitiliginösen Herden der Schultergegend sind lichenoide, bläulichrote, mit einer Schuppe bedeckte zu Halbkreisen angeordnete Knötchen zu sehen. Einzelne Herde, wie in der behaarten Kopfhaut und der Nacken- und Schultergegend zeigen das Bild narbiger Atrophie mit bräunlicher Pigmentierung. Hinter dem linken Kieferwinkel verläuft eine wie gestrickt aussehende Narbe nach skrofulösen Drüsen. Tuberkulinreaktion $^1/_{100\,000}$ g intrakutan ergab eine starke Lokal- und Allgemein- und geringe Herdreaktion. Beiderseitige Apicitis chronica. Kein Juckreiz. WR negativ. Differentialdiagnostisch ist Lues auszuschließen. Eine große Ähnlichkeit besteht mit Lichen ruber annularis. Gegen letzteren spricht jedoch das Fehlen des wachsartigen Glanzes sowie die Dellenbildung der einzelnen Knötchen. Histologisch besteht eine Hyperkeratose und Akanthose mäßigen Grades. Entsprechend der vitiliginösen Zone fehlt das Pigment der Basalzellenschichte. In der papillaren und subpapillaren Schichte ist ein dichtes Zellinfiltrat eingelagert, das durch zahlreiche neugebildete Gefäße und Fibroblasten den Charakter jungen Granulationsgewebes angenommen hat. Außer vereinzelten Plasma- und Mastzellen sind epitheloide Zellen vorhanden. Im Papillarkörper kann man von Zellen aufgenommenes Pigment nachweisen, das keine Eisenreaktion gibt.

Aussprache: Ehrmann (nicht eingelangt).

Sachs (Schlußwort) hat die Bezeichnung Lupus erythematodes deshalb nicht gewählt, weil dieses Krankheitsbild durch das Vorhandensein von lichenoiden Effloreszenzen und Anordnung zu Kreisen für den Lupus erythematodes atypisch ist. Durch die nichts präjudizierende, das ätiologische Moment gleichfalls berücksichtigende Klassifikation „Lichenoides Tuberkulid" glaubt S. das klinische Bild richtig umgrenzt zu haben.

Sachs: **Papulonekrotisches Tuberkulid kombiniert mit Lichen scrofulosorum.** Der 24jähr. Mann mit beiderseitiger Apizitis zeigt auf den Streckflächen der oberen und unteren Extremitäten, besonders der Ellenbogen und Kniegegend, den Ohrmuscheln und ad nates das Bild der papulonekrotischen Tuberkulide. Ad nates finden sich außerdem durch Konfluenz von Tuberkuliden entstandene skrofulodermähnliche Herde. Am Stamm ausgebreiteter Lichen scrofulosorum. Am Rücken zahlreiche Akneeffloreszenzen, von denen einige durch zentrale Einschmelzung an das Bild der Akne cachecticorum erinnern. Nach intrakutaner Applikation von $^1/_{100\,000}$ g Alttuberkulin trat eine starke Lokal- und Allgemeinreaktion sowie eine deutliche Herdreaktion an den Tuberkuliden und den Effloreszenzen des Lichen scrofulosorum auf. Ein Bruder des Pat. starb an Fungus genus.

Löwenfeld: **Acrodermatitis atrophicans und Tuberkulid.** Am linken Ellenbogen seit 11 Jahren isoliert bestehende atrophische Hautveränderungen. Gleichzeitig an beiden Waden eine grobverzweigte livide Gefäßzeichnung, die im Zusammenhange mit Narben nach papulonekrotischem Tuberkulid als spezifische Gefäßerkrankung aufzufassen ist. Vor 5 Jahren Exstirpation einer tuberkulösen Lymphdrüse am Halse.

Löwenfeld: **Lichen Vidal mit Kali causticum behandelt.** Der seit 1895 bestehende Herd von Lichen chronicus simplex am Ellenbogengelenk wurde vor 15 Jahren von Spiegler mit Kali causticum verätzt. Seither um das narbig veränderte Zentrum nur mehr leichte Nachschübe.

Nobl: **Erythema induratum.** Der Fall ist insofern beachtenswert, als vor einem Jahre (Sitzung vom 7. Juli 1923) die 26jähr. Kranke mit subkutanen Schüben eines Lupus erythematodes vorgestellt wurde. Damals hatten bis hellergroße typische Scheiben des Leidens die Augenlider, die Stirnhaargrenze, Ohren, die obere Nackengegend und das Kinn besetzt. Außerdem bestanden Bazin-Schübe der Unterschenkel sowie akneiforme Tuberkulideruptionen am Rücken. Alle Erscheinungen gingen nach wenigen

Digitized by Google

Wochen restlos zurück. Auch heute sieht man keinerlei Anzeichen von Lupus erythematodes, jedoch an den Unterschenkeln neue Aussaaten durchweg ulzerierender Typen des Bazinschen Granuloms.

Aussprache: Ullmann spricht sich neuerdings über die gute kausale Wirkung des Krysolgan aus. In Ausnahmefällen kann man allerdings auch temporäre Rückbildungsansätze und auch völliges Schwinden des Erythema centrifugum auf Röntgenbestrahlung von tuberkulösen Drüsen am Halse beobachten.

Nobl: **Tuberculosis papillaris mucosae oris.** 48jähr. Beamter, der vor 23 Jahren eine Lippensklerose bekam. Nach regelrechten Kuren Heilung bei dauernd negativer WR. Vor 2 Jahren Lungenspitzenkatarrh bei gleichzeitiger als Leukoplakie imponierender Unterlippenveränderung. Nach vorsichtiger Allgemeinbehandlung Rückbildung der Mundherde. Bald darauf linksseitige exsudative Pleuritis und leicht granuläre Veränderungen der Unterlippenschleimhaut. Späterhin in diesem Bereich bohnengroße oberflächliche Geschwürsbildung. Nach fünfmonatigem Aufenthalt in Davos Benarbung des Ulkus. Heute sieht man bei dem blühend aussehenden Kranken die Unterlippenmitte an der oralen Fläche von ausgebreiteten feingranulären, blauweiß schimmernden Plaques besetzt. Ähnliche Scheiben haben auch vom harten Gaumen Besitz ergriffen. Die histologische Untersuchung ergibt wohlcharakterisierten Tuberkelbau mit zahlreichen Riesenzellen.

Fasal: **Urticaria perstans verrucosa.** Die 40jähr. Pat., die seit 20 Jahren an heftigem Jucken leidet, zeigt an den Extremitäten, besonders an deren Streckseiten, zahlreiche zum Teil zerkratzte Knötchen von Erbsen- bis Haselnußgröße und gelbbrauner bis braunroter Farbe. Die Knötchen sind kutan gelegen, scharf begrenzt. Einzelne nicht viel über das Hautniveau erhaben, die meisten aber tumorartig hervortretend, oberflächlich rauh. Die Effloreszenzen liegen in normaler Haut, nur vereinzelte zeigen einen roten Hof. Während bei den meisten Fällen der Urticaria chronica ein rezidivierendes Auftauchen und Verschwinden der Effloreszenzen besteht, bleiben im demonstrierten Falle die Effloreszenzen jahrelang bestehen und nehmen unter wiederholten, durch heftiges Kratzen bedingten Reizungen allmählich einen papulösen bzw. verrukösen Charakter an. Histologisch sieht man Veränderungen papulös-verruköser Natur. Die Hornschicht bildet stellenweise eine mächtige Lage. In der Papillarschicht und im Korium entzündliche Veränderungen meist perivaskulärer Natur.

Aussprache. Riehl: Das wesentlichste Symptom der Urticaria acuta et chronica, die Flüchtigkeit der Quaddel, fehlt gewissen in die Gruppe Urtikaria eingereihten Krankheitsformen. Es wäre zu erwägen, ob nicht z. B. die Urticaria pigmentosa und ihr nahestehende Dermatosen, die sich durch den Mastzellenbefund auszeichnen, besser mit einem anderen Namen zu belegen wären. Es gibt aber bekanntlich auch Formen der wirklichen Urtikaria, welche durch längeren und langen Bestand klinisch und anatomisch zu wesentlichen Veränderungen führen. Hierher wäre z. B. die Urticaria perstans zu rechnen, welcher der demonstrierte Fall zuzuzählen wäre. Auch bei anderen mit Ödembildung einhergehenden Krankheiten, z. B. Erysipel, kennen wir Formen, die durch wiederholte Eruption den akuten Verlaufscharakter einbüßen und zu mehr oder minder stabilen Schwellungen führen, die schließlich zu Pachydermie Veranlassung geben, wie dies im demonstrierten Fall in Form der harten Knoten mit zum Teil papillärer Hypertrophie zum Ausdruck kommt.

Ullmann: Unter dem Titel Prurigo nodularis beschrieb Hyde 1909 genauer eine schon viel früher von Hardaway, During, C. White u. a. herausgehobene chronische, juckende Hautaffektion der Unterschenkel, die seither in Amerika und auch in den nordischen Staaten als ein Typus für sich selbst beibehalten, auch von Carl Rasch in Dänemark beobachtet und so bezeichnet wurde. Es scheint mir nun, daß das hier vorgestellte, für uns so seltene Krankheitsbild mit Prurigo nodularis (Hyde), aber auch mit Lichen obtusus chronicus (Brocq) und Urticaria perstans (Pick-Kaposi) identisch ist.

Neugebauer: **Dermatitis herpetiformis.** Kreis- und girlandenförmige Krankheitsherde, hauptsächlich aus exsudativen Papelchen zusammengesetzt. Seit 2 Monaten bestehend, anfangs einer oberflächlichen Trichophytie ähnlich.

Ehrmann: **Sclerodermie en plaques.** Der Krankheitsprozeß schnürt die linke Mamma durch einen quer zur Körperachse verlaufenden Streifen in zwei Hälften und drängt die Brustwarze wie einen ödematösen Körper vor. In dem derben riemenartigen Gewebe sind verschiedene Pigmentzeichnungen. Nach außen und innen ist der Prozeß mit Atrophie im Rückgang begriffen. Interessant ist es, daß die Patientin gleichzeitig Narben nach einem längst abgelaufenen Zoster hat. Während dieser in typischer Weise dem Interkostalraum folgt, zeigt die Sklerodermie einen davon abweichenden, einfach

Digitized by Google

senkrecht zur Körperachse gerichteten Verlauf. Die Annahme, daß die Sklerodermie den Nervengebieten folgt, wird durch diesen Fall widerlegt. Außerdem bestehen an verschiedenen Stellen des Stammes erythematöse Flecke, die in ihrer Mitte den Beginn der Sklerosierung in Form weißlicher Flecke und Streifen mit bereits angedeutetem wachsartigem Glanze zeigen. Ehrmann erörtert den wesentlichen Unterschied der gutartigen zirkumskripten Sklerose, die er auf eine endotoxische Wirkung zurückführt, gegenüber der diffusen, die auf einer vorzeitigen dauernden Störung in der Funktion mehrerer innersekretorischer Drüsen beruht, deren erste Ursache oft in einer frühzeitigen Tuberkulose gelegen sein kann.

Riehl pflichtet Ehrmanns Bemerkungen über die Differenzen der herdweise und der diffus auftretenden Sklerodermie bei. Wenn man Sclerodermie en plaques durch längere Zeit beobachten kann, findet man, daß beim Fortschreiten des Prozesses der Sklerosierung regelmäßig ein Entzündungsstadium vorangeht, das anfänglich in Form eines lebhaft roten Saumes beginnt, der sich nach wenigen Tagen zum lilac Ring der englischen Autoren umwandelt. Diese Erscheinung fehlt der diffusen Sklerodermie, einer Krankheit, der prognostisch eine viel größere Bedeutung zukommt, da die Hautveränderungen bei derselben nur eine Teilerscheinung des Prozesses repräsentieren, der über das Bindegewebsgerüst aller Organe sich erstrecken kann und meist letal endet. Auch im histologischen Aufbau bestehen bedeutende Differenzen.

Kumer: **Sclerodermie en plaques.** 16jähr. Bursche, der am linken Ober- und Unterschenkel Plaques mit deutlich ausgeprägtem lilac Ring als Umgrenzung aufweist.

Balban: **Atrophia cutis idiopathica im Infiltrationsstadium.** Die Affektion der 30jähr. Pat. begann vor etwa einem Jahr. Derzeit findet sich eine sehr starke Infiltration an der Haut der Außenseite der Oberarme, an der Ellenbogengegend und der Radialseite des Unterarmes rechts, an der Außenseite des linken Oberarmes und in der Gegend des linken Knies. Das Infiltrat ist derb teigig, die Haut darüber prall gespannt, glänzend bräunlich, stellenweise wachsartig mit einem hellroten entzündlichen Rande. Bei der Palpation tastet man im Infiltrat mehrere kleine Tumoren. Keine subjektiven Beschwerden bis auf mäßiges Jucken.

Ullmann: **Psoriasis vulgaris neben urtikariellem Exanthem.** Bei dem 38jähr., stets gesunden, sehr kräftigen Manne zeigen sich mäßige Psoriasisplaques am Stamm und den Extremitäten in der gewöhnlichen Weise. Daneben besteht ein zweites Exanthem in Form von zahlreichen, teils urtikariellen frischen Knötchen, teils exkoriierten Resten derselben mit Lokalisation der Acne vulgaris insbesondere auf dem Rücken, wo solche Knötchen und Exkoriationen stellenweise dicht gedrängt stehen. Keine Spur von wirklicher Akne, aber zahlreiche feine Hautnärbchen von Kratzeffekten. Während die Psoriasis erst seit einem Jahre besteht, datiert das urtikarielle Exanthem seit der Pubertät, kommt schubweise und ist mit impetuösem Juckreiz verbunden. Beziehungen zum allgemeinen Organismus konnten bisher nicht festgestellt werden. Das Interessante des Falles liegt in dem gewiß nicht seltenen, aber hier ausgeprägten Zustandsbilde, daß keine der zahlreichen Effloreszenzen des juckenden Exanthems psoriatisch metaplasiert. Dies beweist nur die längst bekannte Tatsache, daß fast nur mechanische Irritationen der Haut psoriasische Effloreszenzen provozieren, nicht aber chemische und Stoffwechselreize, ausgenommen vielleicht die follikulären Formen, wo doch bestimmte Stoffwechselprodukte reizend wirken. Der Fall ist auch für die Auffassung der Psoriasis als einer rein auf die Oberhautschicht beschränkten Epidermatose beweisend gegenüber anderen großen Dermatosen, wie z. B. Lichen ruber. Er beweist auch, daß der Reiz wohl diffus durch die oberflächliche Gefäßschicht an und in die Epidermis dringt, in der Regel aber nicht durch den Follikelapparat.

Ullmann: **Lichen ruber — eine Infektionskrankheit.** Der 54jähr., sonst gesunde Pat. erlitt mehrere Eruptionen des Lichen ruber: die erste im 20., die zweite im 38., die dritte mit dem 50. Lebensjahr. Alle Attacken wurden mit Arsen (z. T. mit Atoxyl) geheilt. Zum heurigen Jahresbeginn entstand wieder ein Lichen ruber, und zwar in bullöser Form im Bereich abgeflachter Plaques. Bloß lokale Behandlung. Seit kurzer Zeit Ausbreitung des Leidens auf Haut und Schleimhaut in den verschiedenartigsten Morphen, besonders reihenförmig längs erweiterten Venen. U. kommt zur Auffassung, daß hier ein Virus aus dem Blute sich in den letzten Monaten angesammelt hat und nach außen in die Haut dringt. Er findet eine Bestätigung dieser Ansicht in dem Erfolge der jedesmaligen Arsentherapie.

Ullmann: **Acne indurata.** Haselnußgroße Akneknoten am Rücken, die durch die bisherige Schwefel- und Pflastertherapie nicht beeinflußt worden sind. Der Fall stellt

Digitized by Google

eine der besten Indikationen für Röntgentherapie dar, die U. schon 1899 für diesen Zustand für Hyperidrosis und andere Dysfunktionen der Haut wie auch für Psoriasis vulgaris als wertvoll erkannt hat. Bei Psoriasis sieht U. heute jedoch von Bestrahlungen nach Tunlichkeit ab, da sie das Wesen der Krankheit nicht treffen. Nur scharf umschriebene große Plaques führt U. noch der Röntgentherapie zu.

Porias: **Parapsoriasis.** Exanthematischer Ausbruch bei einem Pat. mit Rückenmarksschuß und schwerer Zystitis. Beginn an den Vorderarmen, ursprünglich sehr luesähnlich, jetzt nach einem Bestande von etwa 6 Wochen spontan in deutlichem Rückgang.

Riehl: **Dermatitis herpetiformis Duhring.** Die Erkrankung betrifft einen aus dem Sudan stammenden Neger. R. verweist auf die Schwierigkeit der Differentialdiagnose.

Arzt: **Arsenerythem.** Etwa 25jähr. Mädchen, das wegen einer Veränderung an den Handtellern Wochen hindurch Solut. arsenic. Fowleri genommen hatte und jetzt ein Arsenerythem beider Volae zeigt.

Kumer: **Lupus miliaris disseminatus.** Frau mit braungelben, transparenten, oberflächlichen Knötchen und tieferen schrotkornähnlichen Effloreszenzen mit normaler Hautoberfläche. Die Erscheinungen lokalisieren sich im Gesichte, an den Handrücken und an den Streckseiten der oberen Extremitäten. Auf Quarzlampendruckbestrahlung, die zum Teil bereits vor 4 Jahren vorgenommen wurde, sind die meisten Effloreszenzen abgeheilt.

Fuhs: **Verätzung des Gesichts mit Karbolineum.** 26jähr. Schlosser, der beim Einlassen eines Zaunes mit Karbolineum fleck- und streifenförmige, braunrote Schorfe im Gesicht davontrug.

Fuhs: **Gußverbrennung.** 19jähr. Schlosser mit einer unregelmäßig begrenzten Verbrennung 2. und 3. Grades der oberen Brustpartien. Die Gewerbeschädigung wurde durch ausspritzendes geschmolzenes Blei beim Gießen erworben.

Arzt: **Fall zur Diagnose.** 70jähr. Frau, seit 3 Jahren krank, schon an einer anderen Hautabteilung im Jahre 1923 behandelt. Jetzt bestehen multiple Herde im Gesicht, über das Hautniveau prominierend, an manchen Stellen auch schuppend, von scheibenförmiger Form mit eingestreuten Knötchen in den Herden. Dabei starke Drüsenschwellung, besonders beiderseits am Halse. WR negativ. Die Probeexzision ergab das Bild einer Entzündung im Papillarkörper und in der oberflächlichen Kutis auch Plasmazellen zwischen den Lymphozyten eingestreut. In der Tiefe der Entzündung an einzelnen Stellen Knötchen aus Epitheloid- und Riesenzellen. In den Drüsen am Hals ausgeprägte Epitheloid- und Riesenzellen.

Nachtrag bei der Korrektur: In der Zwischenzeit wurden bei der Untersuchung von über 70 Schnitten einer Lymphdrüse zwei Tuberkelbazillen gefunden.

Nobl: Im vorigen Jahre habe ich viele Monate hindurch die Pat. an meiner Abteilung zur Beobachtung gehabt. Trotz des nicht zu charakteristischen Aussehens der dicht die Stirn, Nase, Kinn und rechte Wange übersäenden Herde stellte ich die Diagnose auf Lupus vulgaris mit der von Leloir hervorgehobenen Gefäßüberlagerung. Mit dieser Einschätzung konnte jedoch ein zu jener Zeit höchst auffälliger faustgroßer, blauvioletter, die höchste Wölbung der linken Wange einnehmender, tiefreichender Herd von polsterderber Konsistenz keineswegs in Einklang gebracht werden. Diesen Tumor unscharfer Begrenzung sprach ich nach dem klinischen, monatelang unveränderten Verhalten, bei dem Mangel von Exfoliations- oder Zerfallstendenz als ein Granulom an, das die größte Ähnlichkeit mit Lupus pernio aufwies. Dieser Vermutung widersprach nun der histologische Befund keineswegs. Abweichend von dem Gewebsverhalten dieses einzigen flachen Wangenknotens ließen alle anderen disseminierten Plaques zwanglos den Lupuscharakter erkennen. Im Einklang mit dieser ätiologischen Auffassung des allerdings von dem gewöhnlichen stark abweichenden Krankheitsbildes stand auch die schon zu jener Zeit mächtige Intumeszenz aller Nackendrüsen. Außerdem stützten auch die biologischen Reaktionen die Deutung. In einer Studie über die klinischen und morphologischen Verhältnisse des Lupus pernio (Besnier-Tenneson) habe ich auch diesen sehr beachtenswerten Fall herangezogen (Arch. f. Derm., Bd. 146, H. 2). Kren-Wien.

Digitized by Google

Referatenteil

redigiert von Dr. MARIE UNNA, Hamburg-Bergedorf.

Fachzeitschriften.

Russki Westnik Dermatologii.

1924, Bd. 2, Nr. 10.

Hämorrhagische Diathese und Erythema nodosum, von Lopatin. Die Beobachtung eines Falles von gleichzeitigem Vorkommen von Hämorrhagien und Erythema nodosum bei einem $2^1/_2$jähr. Kinde gibt Verf. Anlaß, die Frage des Zusammenhanges dieser beiden Krankheiten und ihrer Ätiologie aufzurollen. Da die Untersuchung des Blutes keine Klärung brachte, spricht sich Verf., trotzdem der Nachweis mißglückte, für eine infektiöse Natur des Erythema nodosum, welcher sich mit Hämorrhagien komplizierte, aus, weil die Heilung des Kindes durch zwei Antidiphtherieseruminjektionen und durch eine Infektion des Blutes von der Mutter gelang.

Zur Klinik und pathologischen Anatomie der Acanthosis nigricans, von Sutejeff, Klirikow und Wainstein. Der interessante Fall zeichnete sich durch folgende Besonderheiten aus: 1. Durch das eigenartige Bild eines weit verbreiteten Karzinoms, welches sich nicht nur auf de Lymphwege, sondern auch auf hämatogenem Wege ausgebreitet hatte; 2. durch das Mitbetroffensein des Plexus solaris; 3. durch die Erkrankung der Nebennieren; 4. durch eine Hyperkeratose der Handflächen und Fußsohlen und Fehlen von Schleimhautpigmentation, wie auch 5. Fehlen von papillomatösen Wucherungen.

Epidermolysis bullosa dystrophica, von Ssobolew. In dem einen 8jähr. Knaben betreffenden Fall von dystrophischer, bullöser Epidermolyse ergab die histologische Untersuchung einer soeben entstandenen Blase: seröses Ödem der oberen Randschicht, Aufquellung und Vakuolisation des Endothels der Gefäße wie des Bindegewebes, vollständiges Fehlen der elastischen Fasern, Nivellierung der Papillen und Nekrosenbildung in der subepithelialen Schicht.

Funktionsstörungen der Nieren bei Syphilis, nachgewiesen durch Prüfung mittels Verdünnung und mittels Konzentration, von Sabawina-Perewodschikowa. Die Prüfung der Funktion der Nieren bei Syphilitikern ergab, daß dieselbe recht häufig, nämlich in 77% gestört ist. Die Funktionsstörung wird während aller Krankheitsperioden beobachtet; öfter jedoch im Spät-, als im Frühstadium. Die spezifische Behandlung im Primärstadium gibt nicht selten eine Verschlechterung der Nierentätigkeit; in den folgenden Perioden kommt es dagegen in 50% der Fälle nach der Behandlung, zu einer Besserung der Funktion. Auftreten von Eiweiß wie geformter pathologischer Elemente und Veränderung des spezifischen Gewichts wird bei Syphilitikern verhältnismäßig selten, nur in 7%, beobachtet. Die Störung der Funktion der Nieren, bei Fehlen anderweitiger Ursachen, gibt das Recht, den Grund in der Syphilis zu suchen.

Die venerischen und Hautkrankheiten in der zweiten Hälfte des Jahres 1923, nach den Daten des Zentralen Leningrader-Rotarmee-Ambulatoriums, von Hrshanowski. Es wurde eine Zunahme von Syphilis und Tripper bei Abnahme des weichen Schankers und unter den Hautkranken ein Überwiegen des Ekzems konstatiert.

Zur Frage der Anwendung von Autohämotherapie bei Hautkrankheiten und bei Epididymitis, von Egorow. Die Autohämotherapie verdient Beachtung bei Furunkulose, Pyodermie, Follikulitiden u. a. eiternden Hautkrankheiten, besonders wo die übrigen Behandlungsmethoden versagten. Ferner ist diese Behandlung angezeigt bei akuter Epididymitis.

Ein Fall von Acrodermatitis chr. atrophicans kombiniert mit Sklerodermie en bandes, von Levenson.

Zur Kasuistik der frühzeitigen Lues cerebri im Zusammenhang mit intravenösen Neosalvarsaninjektionen, von Parfenenkow. Verf. deutet seinen Fall von Lues cerebri nach der ersten Kur als Neurorezidiv nach zwei Injektionen von insgesamt 1,05 Neosalvarsan.

A. Jordan-Moskau.

Digitized by Google

Journal d'Urologie.

1924, Bd. 17, Nr. 6.

Beitrag zum therapeutischen Studium des Dauerureterenkatheterismus (Contribution à l'étude thérapeutique du cathétérisme urétral à demeure), von J. Creyssel-Lyon. S. 449. Der Dauerureterenkatheterismus ist in letzter Zeit etwas in den Hintergrund getreten. Er erscheint indiziert bei rebellischen Pyelonephritiden, Anurien bei Steinen, Ureterenfisteln (z. B. mit der Vagina) und in Ausnahmefällen (eine Nephritis mit Hämaturie wurde erfolgreich mit dem D.U.K. behandelt. Bei der ersten Gruppe ist er besonders anzuwenden, wenn man mit den üblichen Maßnahmen zu keinem Ziele kommt, eine renale Retention besteht, oder der Katheterismus durch Strikturen oder Einschnürungen des Ureters jedesmal schwierig ist. Kontraindikationen und unangenehme Zwischenfälle sind nur wie bei gewöhnlichem U.K. in Rechnung zu stellen. Technik: Sorgfältigste Sterilisation, großes Kaliber, Flötenschnabelkatheter mit zwei seitlichen Augen. Spülungen: täglich einmal mit destilliertem Wasser oder schwachen antiseptischen Lösungen. Verbleib: bei Lithiasis genügen im allgemeinen 1—2 Tage, sonst meist mindestens 3—4 Tage, nicht über 6—7 Tage. Gelegentlich kommt — auch nach Besserung — später nach Monaten eine Wiederholung in Betracht. Die Methode ist so unschädlich, daß man sie vor größeren Eingriffen häufiger anwenden sollte.

Latente Nierensteine (Des calculs latents du rein), von R. Lanzillotta. S. 463. Unbeachtete Nierensteine sind verhältnismäßig häufig. Sie machen oft über lange Zeit hin keine Symptome, vor allem häufig keine Schmerzen. Wenn bei einer Hämaturie, die gar nicht nach einer Steinblutung aussieht, die histobakteriologische und chemische Untersuchung des Urins kein sicheres Resultat ergibt, tritt die Röntgenuntersuchung in ihr Recht, die oft einen Stein erkennen läßt. Daher erscheint sie bei jeder Pyurie angezeigt.

Einige Betrachtungen über das Asthma genitale (Quelques considérations sur l'asthme génital), von L. Strominger und Birman Bera-Bukarest. S. 472. Bei einem 38jähr. Beamten traten nach jedem Geschlechtsverkehr Asthmaanfälle auf, die nach Kauterisation der unteren Nasenmuschel sich nicht mehr einstellten. Die Autoren glauben, daß es sich bei ihrem Falle um einen anaphylaktischen Chok gehandelt habe, der durch die Schwellung der unteren Nasenmuschel ausgelöst worden sei, wobei die Kongestion ihr auslösendes Moment in innersekretorischen, vom Genitale ausgehenden Vorgängen gehabt habe. Die Kauterisation soll ausgiebig sein und kann wiederholt werden.

Harnröhrenstein in der Pars prostatica (A propos d'un cas de calcul de l'urètre prostatique), von S. Israel-Paris. S. 475. Das Röntgenbild des betreffenden Pat. zeigte zwei Blasensteine und einen Stein im Gebiet der Prostata. Ein Blasenstein lag, wie sich bei der Sectio alta ergab, in einem Divertikel. Der Urethrastein hatte eine merkwürdige Form: er stellte an seiner Unterfläche eine genaue Moulage der Pars prostatica der Harnröhre dar. Es handelte sich um einen Phosphatstein, der vermutlich aus der Blase an seinen Fundort gewandert war.

1924, Bd. 18, Nr. 1.

Bemerkungen zu 378 Eingriffen wegen Steinen der Harnwege (Notes sur 378 interventions pour calculs urinaires), von R. Lévy. S. 1. Von 378 Eingriffen im Laufe der letzten 10 Jahre betrafen 167 Blasensteine, Mortalität 8,9%; Lithotripsien: 59, Todesfälle 3 = 5.08%; Entfernung auf natürlichem Wege (bei Frauen nach Dehnung der Harnröhre): 2; Zystostomien: 106, Todesfälle 12 = 11,3%. Nieren- und Nierenbeckensteine: Nephrotomien: 60, Todesfälle 5 = 8,3%; einfache Pyelotomien: 49, Todesfälle 2 = 4%; Nephrektomien: 38, Todesfälle 2 = 5,2%; breite Spaltung des Nierenbeckens: 10; Nephrostomien: 9, Todesfälle 3 = 33,3%. Uretersteine: 45, Todesfälle 5 = 11%. Es zeigte sich besonders, daß die breite Spaltung des Nierenbeckens, auf das fast durchweg von hinten eingegangen wurde, ein leichter und unschädlicher Eingriff ist und sich auch noch für Fälle bewähre, für die sonst nur noch eine totale Nierenspaltung in Frage käme. Die Entfernung von Uretersteinen kann schwierig werden, wenn eine retrograde Beweglichkeit besteht. Ob eine solche vorhanden ist, muß sorgfältig vor der Operation festgestellt werden. Steine im untersten Teile des Ureters werden zweckmäßigerweise besser transvesikal als durch Iliakalschnitt entfernt.

E. Sklarz-Berlin.

Digitized by Google

Annales des Maladies Vénériennes.

1924, Jahrg. 19, Nr. 10.

Allgemeine Pathologie der Syphilis (Tertiärperiode) (Essai sur la pathologie générale de la syphilis [la période tertiaire]), von J. Golay und L. Weyl, Derm. Kl. Genf. S. 721. Das luetische Rezidiv der Tertiärperiode kann auf zweierlei Weise zustandekommen: Einmal durch eine neue Spirochätenseptikämie — das ist ein sehr seltener Fall — zweitens — und das ist die Regel — durch eine erneute Ausbreitung noch nicht abgetöteter Spirochäten. Für die Lokalisation des Gummas sind vielfach äußere Einflüsse bestimmend: eine nicht unwichtige Rolle spielen Traumen, und zwar zufällige oder auch absichtlich, d. h. operativ gesetzte. Weiter kommen in Frage dauernd wirkende Reize, wie Kälteeinwirkungen, Verbrennungen, bestimmte Dermatosen, Tabak usw. Kreislaufstörungen sind bedeutungsvoll, besonders die Stase. Variköse Unterschenkel sind nicht selten der Sitz von Gummata. Endlich sind einige Allgemeinerkrankungen zu erwähnen, wie Malaria, Tuberkulose und Alkoholismus. Gegen eine erneute Infektion ist der Tertiärluetiker im allgemeinen genügend immun, in bestimmten Fällen kann er doch eine zweite Lues erwerben. Die Behandlung unterscheidet sich in nichts von derjenigen der Sekundärperiode: Auch hier muß sie genügend lang sein und sich aus einer Anzahl Kuren hintereinander zusammensetzen.

Ergebnisse von 800 nach Sachs-Georgi untersuchten Sera (Résultats de l'étude de 800 sérums au moyen de la réaction de Sachs-Georgi), von A. Starobinsky und L. Weyl, Derm. Kl. Genf. S. 733. Zweifellos handelt es sich um eine Reaktion von hoher Spezifität: Mehr als 1500 Sera wurden untersucht, 120 nicht luetische Kontrollen ergaben keine Flockung. Ein Nachteil haftet der Methode an: die Reaktion kann negativ sein in der Sekundärperiode trotz florider Erscheinungen. In den anderen Perioden der Lues ist die SGR ebenso sensibel wie die WR.

Ikterus im Verlauf einer komplizierten blennorrhoischen Urethritis (Ictère au cours d'une uréthrite gonococcique compliquée), von M. Raynaud, J. Montpellier und P. Boutin, Hautkl. Alger. S. 737. Unter den durch den Gonokokkus hervorgerufenen Komplikationen gehört der Ikterus zu den seltenen. In der Literatur sind bis jetzt fünf derartige Fälle bekannt. Verff. haben einen sechsten beobachtet, im Verlauf einer Blennorrhoe kam es zu einer Orchi-Epididymitis, und gleichzeitig damit trat Ikterus auf. Wenn auch der Nachweis von Gonokokken im Blut nicht gelungen ist, so glauben Verff. doch, ihnen die Leberaffektion zuschreiben zu sollen. Im Gegensatz zu den bisher veröffentlichten Fällen war der Verlauf hier gutartig. F. Landauer-Berlin.

Proceedings of the Royal Society of Medicine, Section of Dermatology.

Sitzung vom 19. Juni 1924.

L. Savatard: **Fall von multiplen Xanthomen** (Case of Multiple Xanthoma). Klinisch Lichen planus außerordentlich ähnlich, histologischer Befund entscheidend.

S. E. Dore: **Akrodermatitis perstans bei einer Frau von 44 Jahren** (Acrodermatitis Perstans in a Woman aged 44). Seit 5 Jahren bestehend, durch Röntgen und Teer nur vorübergehend gebessert.

S. E. Dore: **Psoriasis der Lippenschleimhaut bei einem Mädchen von 17 Jahren** (Psoriasis Affecting Mucous Membrane of Lip in a Girl aged 17). Erscheinungen nicht charakteristisch, doch mit Rücksicht auf die Ähnlichkeit der Läsion mit denen an Händen und Fingern Psoriasis nicht auszuschließen.

S. E. Dore: **Ichthyosis bei einem Mädchen von 13 Jahren** (Ichthyosis in a Girl aged 13). Es wird hervorgehoben, daß die Beugeseiten stärker affiziert sind.

Dobell: **Xeroderma pigmentosum** (Xerodermia Pigmentosa). Nach einem Aufenthalte in Saloniki aufgetreten; vor 3—4 Monaten wurde mikroskopische Diagnose eines Plattenepithel-Karzinoms gestellt.

E. G. Graham Little: **Fall von Lymphangioma circumscriptum der Achselhöhle** (Case of Lymphangioma Circumscriptum of the Axilla). Seit der Kindheit bestehend, zeitweise Hämorrhagien.

E. G. Graham Little: **Fall von multiplen benignen Tumoren (Schweninger und Buzzi)** (Case of Multiple Benign Tumours of Schweninger und Buzzi). An Gesäßbacken

Digitized by Google

und Schenkeln in geringer Zahl Schwellungen von der Farbe normaler Haut, schlaffen Hautfalten gleichend, bei Fingerdruck Gefühl einer oberflächlichen Depression. Oppenheim vermißt die für die Schweninger- und Buzzische Erkrankung charakteristischen Tumoren und Pigmentierungen, hält den Fall für Atrophia maculosa cutis.

E. G. Graham Little: **Fall zur Diagnose.** Weißer Fleck an der Unterfläche der Zunge.

E. G. Graham Little: **Entwickluug eines Epithelioms auf einem nach Röntgenbestrahlungen entstandenen Lupus erythematosus** (A Case of Epithelioma Developing upon Lupus Erythematosus, X-rayed). Der Lupus erythematosus hatte sich im Anschluß an eine mit Röntgen behandelte Trichophytie entwickelt.

F. Parkers Weber: **Auf Mund und Larynx beschränkter Pemphigus** (Pemphigus Limited to Mouth and Larynx). Rezidivierende Erscheinungen an den Schleimhäuten. 2 Monate nach der Vorstellung Pemphiguserscheinungen an der Haut.

G. B. Dowling: **Persistierendes Erythema multiforme** (Persistent Erythema Multiforme). Seit 3 Jahren beobachtete zirzinäre und rankenförmige Läsionen in großer Zahl am Rumpf, geringer im Gesicht und an den Händen mit pigmentiertem Zentrum, leicht erhabenem Rand. Stellenweise vorübergehend Blasen.

W. J. O'Donovan: **Fall von juveniler Psoriasis mit Quecksilberdampflichtbädern behandelt** (Case of Psoriasis Juvenilis Treated by Mercury Vapour Light Bath). $6^1/_2$jähr. Mädchen. zuerst Thymusextrakt ohne Erfolg. Nach 15 Lichtbehandlungen innerhalb 14 Tagen wesentliche Besserung, nach 52 Behandlungen völlig geschwunden.

H. C. Semon: **Fall von seit 4 Jahren bestehender Psoriasis; völlige Involvierung nach Behandlung mit Bestrahlungen der Thymus** (Case of Psoriasis Persisting for Four Years; Complete Clearance after Irradiation of the Thymus Gland). 7jähr. Mädchen. Die richtige Dosierung ist von Bedeutung, bei Erwachsenen $^1/_8$ E.D. unter 2—3 mm Al., bei Kindern bis zu 4 Jahren nicht mehr als $^1/_4$—$^1/_3$ E.D., erst nach 2 Monaten wiederholt. Bei Überdosierung tritt Lähmung anstatt Stimulierung der Thymus ein. Das Verfahren ist die Methode der Wahl bei Kindern. Oppenheim weist darauf hin, daß gewöhnlich Rückfälle auftreten. E. Levin-Berlin.

Bücherbesprechungen.

Über den derzeitigen Stand der Lehre von der Pathologie und Therapie der Syphilis, von L. Kyrle. (Verlag F. Deuticke, Wien 1924.) Das vorliegende Büchlein enthält die Niederschrift dessen, was der Verf. den zur Fortbildung abkommandierten beamteten Ärzten in einzelnen Vorlesungen vorgetragen hat. Es übermittelt dem Praktiker die moderne Syphilislehre und orientiert den Spezialisten über den jeweiligen Standpunkt, den die Fingersche Schule hinsichtlich Pathologie und Therapie der Lues einnimmt. In der 3. Auflage wurde das Kapitel „Therapie" durch den Hinweis auf die Erfolge der Wismut- und Malariabehandlung ergänzt. F. Harry-Wiesbaden.

Die Gefahren des Geschlechtslebens, von Fischer-Defoy. (Verlag Hachmeister & Thal, Leipzig 1924.) In einer kleinen Schrift der „Lehrmeister-Bücherei" befaßt sich der Frankfurter Stadtarzt mit den Gefahren des vorehelichen Geschlechtsverkehrs. Er wendet sich in leichtverständlicher Art an die jungen Männer, die oft unerfahren ins Leben hinaustreten und den sexuellen Versuchungen so oft unterliegen. Verf. weist auf die Verbreitung der venerischen Krankheiten hin sowie auf deren Folgen, empfiehlt insbesondere als sichersten Schutz die sexuelle Abstinenz und rät zu körperlicher Betätigung in den Mußestunden, zu Sport und Turnen. Er warnt vor den Prostituierten, die trotz polizeilicher Kontrolle nie eine Gewähr der Sicherheit gegen Ansteckungsgefahr bieten. B. Nadel-Danzig.

Praktikum der Haut- und Geschlechtskrankheiten, von M. Oppenheim. (Verlag Franz Deuticke, Leipzig und Wien 1924.) Dieses klar und übersichtlich geschriebene Buch behandelt nicht nur die rein praktische Seite der Diagnostik und Therapie der Haut- und Geschlechtskrankheiten, sondern es vermittelt durch kurze theoretische Erklärungen auch das wissenschaftliche Verständnis für dieselben. Dadurch wird es zu einem wirklichen Leitfaden für das Studium. Bei der Besprechung der Hautkrankheiten hat O. sich an das von Hebra aufgestellte System der Einteilung in 12 Klassen gehalten. Diese Form scheint mir für den Zweck des Buches sehr glücklich gewählt zu sein.

Digitized by Google

Auch die Geschlechtskrankheiten sind in übersichtlicher Weise besprochen, dabei ist nichts Wichtiges vergessen. Die Behandlung der Syphilis der einzelnen Organe und in ihren einzelnen Stadien entspricht durchaus dem Standpunkt der heute anerkannten Grundsätze. Die dem Text beigegebenen Abbildungen sind sehr instruktiv. Das Werk sei dem Studierenden wie dem Praktiker bestens empfohlen. Bering-Essen.

Die Augendiagnose des Dr. Ignaz v. Péczely, von E. Schlegel. (Krüger & Co., Leipzig 1924.) Ein Beweis dafür, welche Bedeutung dem Kurpfuschertum schlimmster Sorte im heutigen Deutschland zukommt, ist die Tatsache, daß das Machwerk des E. Schlegel schon in 4. Auflage erscheinen kann. Für diejenigen, die von der „Augendiagnose" noch nichts wissen, will ich nur kurz bemerken, daß nach dieser Pseudowissenschaft der körperliche Zustand eines Menschen aus der Farbe und Zeichnung der Iris diagnostiziert werden kann. Zu diesem Zweck wird die Iris in Regionen eingeteilt, jede Region entspricht einem Körperteil, und wenn dieser Körperteil erkrankt, zeigt sich dieses durch eine charakteristische Veränderung der entsprechenden Region an. Wenn man also z. B. einen Schanker oder Bubo diagnostizieren will, braucht man nur die entsprechende Irisregion anzusehen und kann sich jede weitere körperliche Untersuchung ersparen. Den Dermatologen wird namentlich noch interessieren, daß sich Krankheiten der Haut durch Dunkelheit und Schwärze der Irisfarbe nahe dem Ziliarrand verraten. Wichtig für ihn sind auch die Zeichen der Medizinvergiftung: so soll Jod gelb- und braunrote Irisflecken hervorrufen, Quecksilber graue, metallisch schimmernde Ringe um den äußeren Teil der Iris usw. Salvarsan scheint dem Verf. noch nicht bekannt zu sein; jedenfalls kennt er noch kein Zeichen dafür. Eine besonders große Rolle spielt die behandelte Krätze, sie soll die Ursache der braunen Augenfarbe sein. Weiter auf diesen haarsträubenden Blödsinn einzugehen, verlohnt sich nicht. Das Einzige, was zur Entlastung des Autors gesagt werden kann, ist, daß er den vorgebrachten Unsinn im Innersten seines Herzens selbst nicht glaubt, sonst würde er nicht den famosen Rat geben, sich nicht allzu kleinlich und ängstlich an die einzelnen Regionen und Farbflecke zu klammern und sich nach vorgenommener Augenuntersuchung nicht eher auszusprechen, bevor man den Kranken körperlich untersucht und ausgefragt hat. Ja, wozu dann die ganze Augendiagnose? Wenn solche Bücher von einem Nichtmediziner und Laien verfaßt werden, so ist dies schlimm; wenn sich aber, wie in diesem Falle, der Autor als Arzt und Augenarzt bezeichnet und bezeichnen darf, so fragt man sich doch unwillkürlich, ob es denn gar kein Mittel gibt, diesem Unfug zu steuern.

S. Seligmann-Hamburg.

Der Krebs, seine Ursachen, Verhütung und Heilung, von H. W. Anderschon. Übersetzt von Klien-Leipzig. (Verlag Krüger & Co., Leipzig 1924.) Die Anzeige des Buches kann nur eine glatte Absage sein. Der Autor zeichnet auf dem Titel als Verf. von „Iris Science", „Diagnosis through the Eye", „New light on Cancer" usw. So abseits auch die Wege liegen, die der Autor wandelt, so wenig soll der Fachmediziner an einem Buche vorübergehen, das sich mit der vermeintlichen Heilung der schrecklichsten aller Krankheiten befaßt. Mit dem Fachmediziner berührt sich wenigstens der Autor, wenn er den Krebs als Folge von verminderter Lebenskraft der Bindegewebszellen betrachtet. In einer Stärkung dieser geschwächten Bindegewebszellen sieht er das Entscheidende des Problems. Die schrankenlose Wucherung des Epithels wird dann gehemmt. Dem Bindegewebe muß Kalziumsulfat, Magnesiumphosphat und Kalziumphosphat zugeführt werden. An diesen Mineralsalzen hängt alles. Der Krebs findet seine Opfer meist in Gegenden, wo der Boden arm an Kali, Magnesium und Kalk ist, und unter Völkern, deren Unterhalt von tierischer Nahrung abhängig ist. Der Krebs ist eine Nahrungsfrage, eine Angelegenheit der Nahrungs- und Bodenreform. Rückkehr zur Natur und Absonderung von der Fleischkost. Neben der vegetabilischen Diät spielt Fasten eine große Rolle in der Therapie des Autors. Für seine apodyktischen Behauptungen findet sich auch nicht der Schatten eines Beweises. Die Schulmedizin hat in ihren therapeutischen Bestrebungen oft genug erfahren, daß die Wissenschaft einen Spiralenweg geht. Wer immer dieses Weges sich bewußt ist, wird ein mildes Lächeln haben über die konfusen Ausfälle, die sich der Autor gegen die Schulmedizin und ihre besten Forscher gestattet, und über seinen abwechslungsreichen, fleischfreien Speisezettel, der ihm für die Heilung seiner Krebskranken zur Verfügung steht. E. Delbanco-Hamburg.

Digitized by Google

Mitteilungen aus der Literatur.

Urogenitalapparat.

c. Hoden, Samenbläschen, Prostata.

Zur Frage über die den Descensus testiculorum bewirkenden Kräfte, von M. Skworzoff-Moskau. (Virch. Arch., 1924, Bd. 250, H. 3, S. 636.) Bei der Sektion eines 10jähr. auch sonst morphologisch anormalen Knaben (Amelus-apus) fand sich ein von der Milz ausgehender Strang, der im Anfangsteil aus Milzgewebe bestand, allmählich dünner und fibrös werdend, sich zum linken Leistenkanal hinzog, den Samenstrang wie ein Futteral umschloß und am Hoden endigte, der am äußeren Ende des Leistenkanals lag. Dieser Befund scheint der Hertwigschen Auffassung recht zu geben, nach der der Descensus testiculorum nur von einer Wachstumsstörung und Rückbildung des Gubernaculum Hunteri abhängig ist, wobei er einen passiven nicht aktiven Vorgang darstelle. E. Sklarz-Berlin.

Über die sogenannte Spermiophagie im Nebenhoden, von T. Akiyoshi, Path. anat. Inst. Krkhs. Wieden, Wien. (Virch. Arch., 1924, Bd. 250, H. 3, S. 641.) Als Spermiophagie bezeichnet Wegelin eine Phagozytose, der schwanzlose Spermien im Nebenhodenkopf zum Opfer fallen. Auf Grund ausgedehnter Versuche bestätigt der Verf. wohl die tatsächlichen Befunde Wegelins, lehnt aber dessen Deutung ab. In Wahrheit handele es sich um geschädigte Zellen, in die die Spermien ihrerseits eindringen. E. Sklarz-Berlin.

Zur Frage der Spermiophagie, von S. Morgenstern-Moskau. (Virch. Arch., 1924, Bd. 250, H. 3, S. 648.) Nicht nur akute, sondern auch chronische Infektionskrankheiten, Kachexie usw. führen zu einer Spermienschädigung und zum Auftreten der Spermiophagie im Nebenhoden und Samenleiter. Besonders beim Alkoholismus war sie ausgesprochen vorhanden, in sehr geringem Grade bei Geschwülsten. Das konstitutionelle Moment spielt eine bedeutende Rolle. Die Phagozytose steigert sich im 50.—60. Lebensjahre. Spermiophagie findet sich auch bei gesunden Menschen und Tieren. Pathologische Spermienformen bedingen anormale Stoffwechselprodukte, die in die Zellen der Nebenhodenkanälchen eindringen, die mit der Bildung von Riesenmakrophagen reagieren. Die Riesenzellen besitzen eine zweifache Entstehungsweise: aus der Epithelwucherung der Nebenhodenkanälchen und aus der Amitosenteilung der freien Makrophagen im Kanälchenlumen selbst. Bei starker Neubildung der Kanälchenepithelien finden sich auch viele Riesenzellen, für die die Erhaltung der epithelialen Auskleidung Vorbedingung ist. Gesteigerte Spermiophagie kommt bei zystöser Epididymitis infolge narbiger Veränderungen des Vas deferens vor, wie sie Tiedje auch nach der Unterbindung des Samenstranges nach Steinach sah. Dabei setzt auch keine Hodenatrophie ein. Die Spermiophagie stellte gewissermaßen den Brown-Séquardschen Versuch (Selbstinjektion von Hodenextrakt) in natürlichen biologischen Verhältnissen dar. E. Sklarz-Berlin.

Experimentelle Untersuchungen über den Einfluß der Salze auf die Entwicklung der Spermatozoen bei weißen Mäusen, von N. Hirabayashi, Exp.-biol. Abt. Path. Inst. Univ. Berlin. (Virch. Arch., 1924, Bd. 250, H. 3, S. 661.) Ausgedehnte Tierversuche. Ausführliche Protokolle. Fehlen von Kochsalz schädigt wenig, von Kalium wohl gar nicht. Fehlen gewisser Gruppen, wie NaCl + Ca oder von Fe + K + P + Mg, verursacht scheinbar stets die gleichen Störungen, Fehlen mancher bestimmter Salze allein dagegen, wie des Kalziums, des Phosphats und vor allem des Magnesiums macht die bedeutendsten Veränderungen. Nicht nur das Fehlen von Zellsalzen, sondern auch das Zirkulieren der Salze verursacht degenerative Veränderungen in den Hoden. E. Sklarz-Berlin.

Erfahrungen mit der Resektion des Vas deferens, von H. Steindl, II. Chir. Univ.-Kl. Wien. (Arch. f. kl. Chir., 1924, Bd. 130, H. 1/2, S. 117.) Verf. fand nach Resektion des Vas deferens stets eine kurz andauernde Besserung des Allgemeinbefindens, besonders auch bei Krebskranken; dieser Besserung aber folgte dann nach einem halben bis einem Jahre ein um so schnelleres Hinsterben. Diese, wenn auch nur kurze Besserung fand sich in sämtlichen Fällen von Vasektomie. Auch bei einseitiger Durchführung der Vasektomie wegen frühzeitigen Alterns war der Erfolg nur von kurzer Dauer, ein halbes Jahr wesentliche Besserung. Bei psychischer Impotenz hatte die einseitige Vasektomie keinen Erfolg gezeitigt. In einem Fall von Hypoparathyreoidis-

Digitized by Google

mus (Parkinsonsche Krankheit) war absolut keinerlei Beeinflussung festzustellen. Zuletzt kommt Verf. noch auf die Möglichkeit zu sprechen, die Prostatahypertrophie durch Vasektomie zu beeinflussen, und pflichtet der Ansicht Haberers bei, daß die beiderseitige Vasektomie hier nur bei nichtoperablen Fällen zu empfehlen ist.

A. Rosenburg-Mannheim.

Neue Impotenzbehandlung, von Lißmann-München. (W. kl. W., 1924, Nr. 25, S. 648.) Abgesehen von den auf organischen oder toxischen Ursachen beruhenden Impotenzformen, die eben eine kausale Therapie erheischen, beschäftigt sich L. hauptsächlich mit der nervösen Impotenz. Als deren häufigste Gruppe findet man die psychische, entweder in Form der Elektivitätsimpotenz (sexuelle Lustbetonung nur bei ganz bestimmten Frauen), oder so, daß die zwar vorhandene Lustbetonung durch stärkere Hemmungen verschiedener Art paralysiert wird. Die Behandlung muß hier naturgemäß psychisch sein, wobei es für den Erfolg gleichgültig ist, ob man sich psychischer, medikamentöser oder diätetischer Mittel bedient, oder nur mit Schlaf- bzw. Wachsuggestionen vorgeht. Bei der zweiten Gruppe, den neurasthenischen Impotenzformen, müssen die Roborantien, weiter klimatische, balneologische und gymnastische Kuren herangezogen werden, kurz in erster Linie die Neurasthenie behandelt werden. In eine dritte Gruppe faßt Verf. die Impotenzen auf Grund krankhafter Erschöpfung der Kohabitationszentren zusammen. Hier rät L. neben weitgehender Ruhigstellung der psychophysischen Sexualmechanismen Verwendung von Aphrodisiaka, besonders Yohimbin. Um dessen Wirkung zu steigern, gab er es in Form epiduraler Injektionen in 20 ccm phys. NaCl und war mit den Erfolgen sehr zufrieden.

F. M. Peter-Hamburg.

Über Juvenin, von A. Rothschild, Amb. f. Urol. Berlin. (Ther. d. Gegenw., 1924, H. 8, S. 352.) Juvenin, ein aus Yohimbin, Strychnin und Arsen zusammengesetztes Präparat, beeinflußt nach den Erfahrungen des Verf. den Blutdruck, so daß es bei Prostatahypertrophie, bei heftigen Störungen der Blasenfunktion und sonstigen anatomischen Veränderungen der Harnorgane von auffallend günstiger Wirkung ist. Es wird intramuskulär verabreicht. Nachteilige Folgen werden nicht beobachtet.

W. Chrzelitzer-Waldenburg.

d. Nieren, Ureteren, Harn.

Zylotropin bei Pyelitis, von E. Quack, Privatklinik von Prof. Mackenrodt-Berlin. (D. m. W., 1924, Nr. 30, S. 1022.) Die erste Zylotropininjektion verursachte bei akuter und chronischer Pyelitis meist eine vorübergehende erhöhte Schmerzhaftigkeit des kranken Nierenbeckens. Nach der 2. Injektion wurden die dumpfen dauernden Schmerzen im Nierenbecken geringer und schwanden meist schon nach der 3. Injektion. Zylotropin klärt den Harn schnell, der noch viel Bakterien enthält. Die Bakterien schwinden meist nicht völlig aus dem Urin, selbst wenn Schmerzen und Beschwerden nicht mehr vorhanden sind. Bei akuten Fällen rufen 1—3 Injektionen bereits Heilung hervor, bei chronischen Fällen sind bis zu 10 Injektionen erforderlich.

F. Harry-Wiesbaden.

Kongenitaler Defekt der linken Niere bei rudimentären Genitalorganen, von W. Duwe, Univ. Frauenkl. Jena. (Zbl. f. Gynäk., 1924, Nr. 32, S. 1754.) 21jähr. Mädchen, das noch nie menstruiert hat. Das äußere Genitale ist intakt; dagegen sind Scheide und Uterus nicht zu fühlen, ein Scheideneingang ist nicht vorhanden. Rechts fühlt man die deutlich vergrößerte Niere, während links die Niere nicht zu palpieren ist. Zystoskopisch rechts normale Ureteröffnung mit normalen Ausscheidungsverhältnissen; links dagegen kein Ostium zu finden. Rechtes Ovar vorhanden. Regelmäßig alle 4 Wochen heftige Molimina menstrualia.

E. Landauer-Berlin.

e. Weibliches Genitale.

Meine Erfahrungen mit Kolpocleaner bei Behandlung des weiblichen Fluors, von H. B. Kaldori. (W. m. W., 1924, Nr. 35, S. 1831.) Kolpocleaner stellt eine Jodquecksilberverbindung dar, die in statu nascendi zur Anwendung gelangt. Es ist so fein in einer Art Emulsion verteilt, daß es nach Spül- und Trockenbehandlung auf der Schleimhaut zurückbleibt und nachwirkt. Ohne das Vorhandensein von Nebenwirkungen entwickelt das Präparat eine ausgiebige bakterizide und epitheldesquamierende Wirkung, wodurch die vom Verf. erzielten günstigen Heilresultate von ihm erklärt werden. Die Behandlung selbst soll sehr einfach und sauber sein.

E. Langer-Berlin.

Digitized by Google

Rektum und Anus.

Zur operativen Behandlung der Hämorrhoiden, von R. Mühsam, I. Chir. Abt. Rud.-Virch.-Krkhs. Berlin. (D. m. W., 1924, Nr. 29, S. 977.) Für die operative Behandlung der Hämorrhoiden kommt die Kauterisation nach v. Langenbeck, die Abbindung einzelner Knoten und die Auschneidung (Witchead) in Betracht. Verf. beschreibt den Gang der verschiedenen operativen Eingriffe. F. Harry-Wiesbaden.

Zur Diagnose und Behandlung der Hämorrhoiden, von L. Kuttner, I. Inn. Abt. Rud.-Virch.-Krkhs. Berlin. (D. m. W., 1924, Nr. 29, S. 975.) Die Diagnose der äußeren Hämorrhoiden ist einfach. Höher sitzende Hämorrhoiden bringt man zur Anschauung, wenn man den Kranken über einem mit heißem Wasser gefüllten Eimer pressen läßt. Von Strauss und Boas wird für diesen Zweck das Saugverfahren empfohlen. In jedem Fall ist die digitale Untersuchung erforderlich, ebenso die Rektoromanoskopie. Für die Behandlung ist neben der Feststellung des lokalen Befundes eine gründliche allgemeine Untersuchung und die Berücksichtigung der Lebensgewohnheiten und Ernährungsweise des Kranken von Wichtigkeit. Zur Beförderung des Blutabflusses verordnet Verf. mit gutem Erfolg die Steißhochlagerung. Im Anfangsstadium des Leidens bewährt sich die sog. Obstipationsdiät. Sind diätetische Maßnahmen erfolglos, so müssen Abführmittel (Pulv. Liquir. comp. oder Fol. Sennae plv., Magn. ust., Sacch. pulv., Sulfur. dep., Tartar. depur. ää) verordnet werden. Verf. warnt vor der Anwendung von die Schleimhaut reizenden Klistieren. Dagegen wirken kleine Ölklistiere besonders bei Dyschezie gut. Ein etwa vorhandener Schließmuskelkrampf wird durch Atropin oder Papaverin bekämpft. In solchen Fällen haben sich auch Suprareninklistiere (v. Noorden) bewährt. Wichtig ist die regelmäßige und gründliche Toilette des Anus mit Watte und Olivenöl, Borsäure oder Tanninlösung. Sehr zu empfehlen sind regelmäßige Ausspülungen nach der Defäkation mit lauwarmem Wasser, ferner kurze, kühle Sitzbäder, kalte Waschungen. Bei stark entzündeten und blutenden Knoten sind längere kalte Sitzbäder oder Behandlung mit dem Arzbergerschen oder Winternitzschen Apparat von Vorteil. Zur Verhütung äußerer Reizungen wird die Aftergegend mit Hamamelis-, Nohäsa- oder Bismolan-Gleitsalbe bestrichen. Ist die Decke über den Knoten sehr dünn, so soll sie durch Bestreichen mittels Glasstabes mit Jodlösung (Kal. jod. 2,0, Jod pur. 0,2, Glyzerin 40,0) widerstandsfähiger gemacht werden. Bei Exkoriationen und Schmerzen bewähren sich die verschiedenartigen Suppositorien, bei habitueller Blutung Extr. fluid. Hamamel. virgin. dreimal täglich 1 Teelöffel. Sind die Blutungen stärker, so leisten 10%ige Chlorkalziumklistiere gute Dienste. Bei sehr starken Blutungen ist Bettruhe erforderlich. Außerdem führt man ein mit Jodoformgaze umwickeltes Gummirohr ein und läßt es 24—36 Stunden liegen, daneben verordnet man Opiate. Koagulen oder Elanden sind ebenfalls zu empfehlen. Vorgefallene innere Knoten sollen sofort reponiert werden. Bei Gangrän der Knoten muß die spontane Abstoßung abgewartet werden. Die chirurgische Behandlung ist indiziert 1. bei hartnäckigen Beschwerden, 2. bei stärkeren und bei kleinen, stets sich wiederholenden Blutungen, 3. bei Neigung zum Prolabieren und Einklemmung innerer Knoten. F. Harry-Wiesbaden.

Natur und Behandlung der Fistula ani. Die klassische vorgefaßte Annahme der Tuberkulose. Die Rolle der Syphilis (Nature et traitement des fistules anales. Le préjuge classique de la tuberculose. Le rôle de la syphilis), von P.-L. Tissier. (J. de Méd. de Paris, 1924, Nr. 31, S. 657—658.) Die typische Fistula ani hängt in der Mehrzahl der Fälle nicht mit Tuberkulose, sondern mit Syphilis zusammen. Daher auch die guten Erfolge der Behandlung mit Beckscher (Wismut-) Paste und ebenso mit Einführung von Zubereitungen der jetzt für die allgemeine Behandlung der Syphilis üblichen Wismutpräparate. E. Levin-Berlin.

Sexual-Pathologie und -Hygiene.

Über einen neuen Fall von Geschlechtsveränderung durch Experiment beim Haushuhn (Sur un nouveau cas d'enversion sexuelle expérimentale chez la poule domestique), von J. Benoit. (Cpts. rend. de l'Acad. des Sciences, 1924, Bd. 178, Nr. 20, S. 1649.) Verf. erwähnt einen Versuch, den er früher schon publizierte, das neue Experiment ist insofern beachtenswert, als sich die Resultate noch deutlicher zeigten. Ein Hühnchen, 4 Tage alt, wird durch Abtragung beider Ovarien kastriert. Der Kamm beginnt sich zwischen 3. und 4. Lebensmonat zu entwickeln, er wird rot und ist aufgerichtet, mißt im 5. Monat 44 mm, beim Kontrollhühnchen 29 mm, mit 8 Monaten

Digitized by Google

21 Tagen ist das kastrierte Huhn einem Hahn ähnlich. Gewicht 950 g, Kamm 96 mm. Federn gleichen denen eines Hahnes mit geringen Ausnahmen unter den Flügeln usw., wo die Federn weibliche Pigmentation zeigen. Das Benehmen ist das für einen Hahn charakteristische, jedoch keine sexuellen Instinkte und kein Krähen. Mit 9 Monaten und 12 Tagen Tötung und Obduktion: kindliche Eileiter, an Stelle der Ovarien 2 Organe von unregelmäßiger Form. Mikroskopische Untersuchung beider Organe zeigt den Bau von Hoden ohne irgend welche Bestandteile von Ovarien. Samenkanälchen von verschiedenster Größe, von denen einige annormale Spermatozoiden enthalten. Schön ist die Bildung von Zwischenzellen auf Kosten Sertolischer Zellen zu beobachten. Endlich läßt sich eine Kommunikation von den Samenkanälchen in die Ausführungsgänge dieser „Epididymis" feststellen. Die Erklärung für diese Vorgänge ist nach Ansicht des Verf., daß durch die Entfernung der Ovarien deren deletärer Einfluß auf die rudimentären Gonaden aufgehoben wird und daß sich daher die männlichen Charakteristika entwickeln können. In einem anderen Versuch gelang es dem Verf., bei einem kastrierten Huhn, das „hahnähnlich" geworden war, durch die Entfernung des rechten „Hodens" eine unmittelbare Rückbildung des Kammes zu erzielen. F. J. Baar-Bad Kreuznach.

Psychische Reaktionen auf Geschlechtskrankheiten (Mental Reaction to Venereal Infection), von Monroe A. Meyer-New York. (M. Record, 1924, Bd. 119, Nr. 11, S. 554—555.) Gelegentlich einer akuten glatt verlaufenen Blennorrhoe entwickelte sich ein Depressionszustand mit Furcht vor Impotenz, diese bewirkte den Zwang zu dauerndem Verkehr, um sich von der Potenz zu überzeugen. Psychoanalytische Behandlung führte zur Heilung. E. Levin-Berlin.

Schwinden eines schweren hysterischen Symptomenkomplexes, bedingt durch sexuelle Übererregbarkeit, nach Kastration, von A. Kutzinski-Königsberg. (D. m. W., 1924, Nr. 28, S. 951.) Die 20jähr. Pat. leidet seit mehreren Jahren an Anfällen, seelischen Veränderungen und Ausnahmezuständen, Gang-, Sprach- und Blasenstörungen. Abgesehen von kurzen Intervallen bestanden die genannten Erscheinungen von November 1917 bis März 1922 unverändert fort und trotzten jeder Therapie. Durch Analyse wurde gesteigerte sexuelle Erregbarkeit festgestellt, die zu schwerster Masturbation führte. Der Konflikt zwischen Sexualerleben und Selbstvorwürfen zeitigte obige Symptome. Die Kastration brachte vollkommene Heilung, die bereits 2 Jahre anhält. Es bestehen nur geringe Ausfallserscheinungen (Wallungen und Fettansatz). Sexuelle Reizerscheinungen sind nicht mehr vorhanden. Die Pat. ist psychisch frei.
F. Harry-Wiesbaden.

Anatomie und Physiologie.

Über die Dichte und Schwellen der Schmerzpunkte der Epidermis in den verschiedenen Körperregionen, von H. Strughold, Phys. Inst. Univ. Würzburg. (Zschr. f. Biol., Bd. 80, S. 367.) Die mehr oder weniger große Empfindlichkeit der Haut des Menschen wird bestimmt durch den Bau der Epidermis, bes. ihrer Hornschicht. Es finden sich zwischen den einzelnen Hautpartien große Unterschiede in der Dichte der Schmerzpunkte, und zwar ist eine größere Dichte in den Halsgruben und Gelenkbeugen; auf der behaarten Kopfhaut findet sich eine ziemlich gleichmäßige Verteilung der Schmerzpunkte, und auffallend gering ist die Dichte an der Epidermis der Nasenspitze und am Ohrrand in der Gegend der Darwinschen Spitzen, ferner an den Tastflächen. Hier ist die Dichte 54 pro qcm, an den Halsgruben und Gelenkbeugen über 200 pro qcm und auf dem behaarten Kopfe etwa 175 pro qcm. Verf. berechnet nach dieser Aufstellung für den Gesamtkörper die Zahl der Schmerzpunkte auf rund 3,5 Millionen und ihre mittlere Dichte auf etwa 169 pro qcm.
E. Langer-Berlin.

Die Sonderstellung der Genitalhaut bei der Sensibilitätsleitung, von I. P. Karplus, Abt. f. Nervenkranke, Allg. Polikl. Wien. (W. kl. W., 1924, Nr. 40, S. 1015.) Die klinische Beobachtung, daß bei Störungen der zentralen Sensibilitätsleitung die Genitoanalhaut, und zwar besonders die Haut vom Penis, Skrotum und der Labia majora ausgespart sind, ließ sich durch sehr instruktive Tierexperimente bestätigen. Es blieb bei Reizung der Genitoanalhaut nach vorhergegangener Ausschaltung des Rückenmarkes durch Abkühlung nicht nur die Schmerzempfindung, sondern auch der charakteristische Schmerzreflex der Augen erhalten. Daher erscheint die Annahme gerechtfertigt, daß die funktionelle, besonders differenzierte Genitalhaut auch in der zentralen Sensibilitätsleitung durch eine besonders gute Versorgung ausgezeichnet ist. F. M. Peter-Hamburg.

Digitized by Google

Die H-Ionenkonzentration der Hautoberfläche, von A. Memmesheimer, Hautkl. Essen. (Kl. W., 1924, Nr. 46, S. 2102.) Verf. untersuchte mit der kolorimetrischen Methode nach Sharlit und Scheer den Ionisationszustand der Hautoberfläche, wobei infolge der Methodik der Ionisationszustand der Hornschichteiweißkörper angegeben wird. Die Methode ist folgendermaßen: Auf die gut gereinigte Haut werden in Abständen voneinander als Farbenindikatoren Bromophenolblau, Methylrot und Bromokresolpurpur gebracht und nach dem Verdunsten des Alkohols nach etwa 1—1½ Min. die Farbnuance mit einer Farbtafel nach Clark verglichen, und so der zugehörige p_H-Wert festgestellt. An über 100 Fällen konnte Verf. zeigen, daß der p_H-Wert der gesunden Haut zwischen 5,2 und 5,8 liegt. Die verschiedenen ausgedehnten Hautkrankheiten, wie Psoriasis, toxisches Exanthem, verursachen keine Abweichung von der Norm, dagegen eine Röntgenbestrahlung, bei der meistens eine Verschiebung nach der alkalischen Seite beobachtet wurde. Es zeigt sich daraus, daß der p_H-Wert der gesunden Haut in der Nähe des Wertes einer Proteinkörpermischung des Koriums (= 5) liegt, so daß danach der isoelektrische Punkt des Keratins, woraus zum größten Teil die Hornschichteiweißkörper sich zusammensetzen, nahe dem der Proteinkörper des Koriums sich findet. Die Verringerung der H-Ionenkonzentration nach der Röntgenbestrahlung kommt dadurch wahrscheinlich zustande, daß infolge der Bestrahlung eine stärkere Durchtränkung des Epithels mit der stärker alkalischen Gewebsflüssigkeit erfolgt. E. Langer-Berlin.

Die Bedeutung des Zustandes der Haut für die unmerkliche Wasserabgabe, von O. Moog, Med. Kl. Marburg. (Ztschr. f. ges. exp. Med., 1924, Bd. 42, H. 4/6, S. 449—472.) Ausgedehnte Versuche, die unter Beifügung der Versuchsprotokolle beschrieben werden. Durch halbstündige venöse Stauung wird die Hautwasserabgabe des Beines herabgesetzt, durch zweistündige Stauung wird sie gesteigert. Die verlangsamte Durchblutung und die als Folge eintretende Temperaturerniedrigung in der Kutis führen zur Abnahme der Perspiratio insensibilis. Durch den langdauernd gestörten Blutabfluß kommt es zur Anhäufung von Kohlensäure, die direkt oder indirekt erregend auf die Schweißdrüsen einwirkt und so zur Vermehrung des Hautwassers Veranlassung gibt. Durch diese Feststellung hält Moog den experimentellen Beweis für die klinische Beobachtung gebracht, daß Vasomotoriker mit ausgesprochener Akrozyanose sehr häufig feuchte Hände und Füße haben. Lichtdermatitis (durch Höhensonne) setzt stets die Perspiratio insensibilis herab trotz der Blutfülle der Haut und der erhöhten Hauttemperatur. Die Deutung hierfür findet M. in der mit dem Entzündungsreiz verbundenen Schwächung der Knäueldrüsenfunktion. Einatmen von Amylnitrit und Auflegen von heißen Sandsäcken auf die Stirn (aktive Hyperämie) führte in vielen Fällen zur Steigerung der unmerklichen Hautwasserabgabe. Die hautwassersteigernde Wirkung der Hyperämie wird durch vermehrte Durchblutung der Schweißdrüsen bei gleichzeitiger Erhöhung der Hauttemperatur gedeutet. Intramuskuläre Injektion von 1 mg Histamin führte trotz erhöhter Hauttemperatur und Hyperämie zu keiner Mehrproduktion von Hautwasser. Verlangsamung des Blutstromes und Ödembildung haben einen ungünstigen Einfluß auf die Knäueldrüsentätigkeit, so daß diese nicht mehr auf den durch die größere Hautwärme ausgelösten Reiz mit einer Mehrleistung antworten können. Aus Moogs Versuchen ist zu ersehen, daß der jeweilige Zustand des Hautorgans von größter Bedeutung für die Perspiratio insensibilis ist. Verf. ist der Ansicht, daß die unmerkliche Hautwasserabgabe einen hauptsächlich von der Schweißdrüsentätigkeit abhängigen, also einen Sekretionsvorgang und keinen physikalischen Abdunstungsvorgang durch die Oberhaut darstellt. — Genaueres über die Versuchsanordnung muß im Original nachgelesen werden. A. Holländer-Hamburg.

Zur Biologie der Haut. II. Mitteilung: Leukozytose nach Intrakutaninjektion unspezifischer Stoffe beim Tier, von K. Hizume und H. Vollmer, Kaiserin-Auguste-Viktoria-Haus. (Ztschr. f. ges. exp. Med., 1924, Bd. 42, H. 4/6, S. 555—557.) Bruno Bloch hat 1917 die Vermutung ausgesprochen, daß die mannigfachen Schutzfunktionen des Hautorgans ontogenetisch und phylogenetisch erworben sein müssen, da die Haut von Erwachsenen besser als die von Neugeborenen und die menschliche feiner und rascher als die tierische reagiert. Verff. untersuchten nun, wie sich der tierische Organismus gegenüber der Intrakutaninjektion unspezifischer Stoffe verhält. Bei Meerschweinchen und Kaninchen wurde nach mehrstündiger Nahrungspause physiologische NaCl-Lösung oder Caseosan in 2—3 Quaddeln intrakutan in die rasierte Haut injiziert und nachher die Leukozytenzahl im peripheren den Ohrvenen

Digitized by Google

entnommenen Blut bestimmt. In keinem Falle wurde ein Leukozytensturz, sondern in der Regel ein Leukozytenanstieg, gelegentlich um mehr als 100% beobachtet. Da Verff. auch beim Tier (Kaninchen, Meerschweinchen) nach subkutaner Adrenalin- und Pilokarpininjektion starke Leukozytose fanden (im Gegensatz zu den beim Menschen beschriebenen Leukozytensenkungen), besteht die Möglichkeit, daß auch beim Tier die Intrakutaninjektion unspezifischer Stoffe zu einer Vagusreizung führt, auf die der tierische Organismus ganz im Gegensatz zum menschlichen mit einer Leukozytose reagiert. Zum Schluß Hinweis darauf, daß bei frühgeborenen Säuglingen nach Intrakutaninjektion nur selten ein Leukozytensturz festzustellen ist.

A. Holländer-Hamburg.

Autonomes Nervensystem und Haut, von Grumach, Univ.-Hautkl. Königsberg i. Pr. (Ztbl. f. Haut- u. Geschlechtskrkh., 1924, Bd. 12, H. 3/4, S. 105.) Sammelreferat.

Zur Frage über die physiologischen Eigenschaften der Venen, von F. M. Bricker-Charkow. (Zschr. f. ges. exp. Med., 1924, Bd. 42, H. 4/6, S. 434—441.) Untersuchungen über die Wirkung von Adrenalin, Barium chloratum (Vasokonstriktoren) und Coffeinum purum (Vasodilatator) auf Kaninchen- und Hundevenen. Adrenalin verengert Kaninchenvenen einmal stärker, einmal schwächer. Barium chloratum verengert Kaninchenvenen nur bei starker Konzentration. Coffeinum purum ruft entweder eine geringe Venenverengerung bei Kaninchen hervor oder bleibt ohne Wirkung. Eine Venenerweiterung wurde nie festgestellt. Die Venen der Kaninchen können sich periodisch kontrahieren. Bei Hundevenen ruft Adrenalin immer eine Venenverengerung hervor, die aber schwächer ist als bei Kaninchen. Barium chloratum führt manchmal zur Verengerung der Venen beim Hunde. Coffeinum purum hat beim Hunde meistens zur Venenverengerung, nie aber zur Erweiterung geführt. Verf. schließt aus seinen Untersuchungen, daß die Venen, da sie ja auf Adrenalin reagieren und dieses peripher auf Vasokonstriktoren wirkt, mit Vasokonstriktoren aus dem sympathischen Nervensystem versorgt sind. Der Arbeit sind genaue Versuchsprotokolle beigegeben.

A. Holländer-Hamburg.

Was geht in einer Extremität nach der periarteriellen Sympathektomie vor sich? von H. Friedrich, Chir. Univ.-Kl. Erlangen. (Kl. W., 1924, Nr. 45, S. 2035.) Bei einer Heilwirkung durch die Sympathektomie spielt einerseits die Hyperämie eine Rolle, zweitens ein noch unbekannter Faktor, der in einer Änderung der trophisch nervösen Versorgung liegt. Die Hyperämie ist echt und kommt wohl in dem von der Operation betroffenen Gebiet durch eine aktive Erweiterung der Hautkapillaren zustande. Der ebenfalls vorhandene höhere Blutdruck findet seine Erklärung in einer rascheren Strömung des Blutes in den betreffenden Gebieten. Somit nehmen die Volumpulse durch die Sympathektomie zu. Bezüglich der Änderung in der nervösen Versorgung bemerkt der Verf., daß die Annahme der längs der Gefäße verlaufenden Reflexbahnen nicht zu Recht besteht, diese Nerven laufen in den peripheren Nerven und treten abschnittsweise an die Gefäße heran. Dagegen werden die sog. Gefäßschmerzen durch Bahnen geleitet, die längs der Gefäße verlaufen; diese können bei der periarteriellen Sympathektomie durchtrennt werden.

E. Langer-Berlin.

Über die Gefäßnervenbahnen an den Extremitäten, von E. Brüning-Berlin. (Kl. W., 1924, Nr. 46, S. 2087.) Auf die Frage des Verlaufs der Gefäßnerven an den Extremitäten gibt Verf. folgende Antwort: „Die vasomotorischen Bahnen verlaufen mit den spinalen Nerven und treten von ihnen aus segmentär an die Gefäße heran. Ob es sog. lange vasomotorische Bahnen entlang den Gefäßen gibt, ist noch ungewiß. Außerdem gibt es vasosensible sympathische Bahnen, welche ohne Vermittlung der spinalen Nerven unmittelbar von den Grenzstrangganglien an die Gefäße herantreten und entlang denselben an die Peripherie verlaufen."

E. Langer-Berlin.

Die Einwirkung der Hautabsonderung bei der Menstruierenden auf die Hefegärung, von O. Polano und K. Dietl, Gynäk. Univ.-Polikl. München. (M. m. W., 1924, Nr. 40, S. 1385.) Es wurde der Einfluß der knetenden Hände auf die Teiggärung untersucht. Widersprechende Ergebnisse. Hemmung und Beschleunigung. Bei derselben Person zu verschiedenen Menstruationen, ja während der einzelnen Zeiten derselben Knetung wechselndes Verhalten, bald Hemmung, bald Beschleunigung. Geringe, unter Umständen gegensätzliche Einwirkung auch außerhalb der Regeln, selbst der männlichen Hand. Sieburg und Patzsche haben eine Erhöhung der Cholinabsonderung während der Periode festgestellt. Polano und Dietl konnten aber

Digitized by Google

mit Cholinzusätzen nichts erreichen. Man müsse auch an andere Stoffe denken (Kreatinin z. B.). Stärkerer Schmutz der Hände und Bakterieneinwirkung spielen keine Rolle. Zusatz von Blutserum und Menstruationsblut von Blutenden zum Teig wirkt ebenso wie das Kneten der Menstruierenden stärker als das Kneten der Nichtmenstruierenden. Man brauchte, um die Vorgänge zu erklären, kein Wundtoxin anzunehmen. Die stärkere Handsekretion blutender Frauen genüge. Der Organismus reinige sich bei der Menstruation nicht nur hinsichtlich seiner Gebärmutterschleimhaut, sondern auch von anderen Stoffen, die durch die Haut ausgeschieden werden. Kreatinin beeinflußt ebenso wie Cholin nur mäßig die Gärung. Kreatinin und Cholin beschleunigen sie in dünner Konzentration, hemmt sie in ganz starken Verdünnungen. Es ist also eine Verbindung verschiedener Hautsekrete besonders wirksam. Dieses erkläre die Widersprüche. A. v. Notthafft-München.

Zur Frage des Menstruationsgiftes, von A. Labhardt-Basel. (Zbl. f. Gyn., 1924, Nr. 48, S. 2626.) In manchen Gegenden ist unter dem Volke die Meinung verbreitet, daß Blumen, Hefegärungen usw. durch die Berührung seitens Menstruierender in ihrer Entwicklung gehemmt würden. Entsprechende Beobachtungen wurden zum erstenmal von B. Schick veröffentlicht, der sah, daß Blumen, die eine Menstruierende in der Hand hielt, schneller welkten als bei anderen Frauen. Er suchte die Erklärung dieser Erscheinung in einem Giftstoff, der im Schweiße der Menstruierenden, aber auch in ihrem Blut vorkomme, und nannte ihn Menotoxin. Spätere Untersucher (Sieburg und Patzschke) sahen in dem Cholin den Hauptbestandteil des Menotoxins. Verf. fand, daß der Cholingehalt des Schweißes individuell sehr verschieden ist, daß er aber stets erhöht ist während der Menstruation. Eine Einwirkung dieses Schweißes aber auf Blumen usw. konnte er nicht feststellen. Blumen, die direkt in den Schweiß Menstruierender hineingestellt wurden, blieben vollkommen frisch, ebenso solche, die in 2,5% Cholinlösung gebracht wurden. Ein Menotoxin im Sinne Schicks war also nicht nachweisbar, insbesondere kann das Cholin nicht in Frage kommen.

F. Landauer-Berlin.

Mikrochemische Untersuchungen über die eosinophilen Granulationen der Leukozyten des Menschen (Essais microchimiques sur les granulations des leucocytes éosinophiles de l'homme), von M. Romieu. (Compt. rend. acad. des Sciences, 1924, Nr. 12, S. 579.) Nach den Untersuchungen des Verf. enthalten die eosinophilen Granula der Leukozyten des Menschen Phosphor und geben die Reaktionen der Eiweißkörper. Offenbar bestehen sie aus einem phosphorhaltigen Albumin, das dem Vitellin vergleichbar sei. Dagegen enthalten die eosinophilen Granula nach den Untersuchungen des Verf. kein Eisen. Wohl aber wurde Phosphor in Charcotschen Kristallen nachgewiesen, die sich gleichzeitig in dem Untersuchungsmaterial vorfanden (Blaseninhalt der Duhringschen Dermatose). Die Frage, in welcher Form der Phosphor sich hierin vorfinde, sei noch eine offene. J. Schumacher-Berlin.

Tagesgeschichtliche Nachrichten.

Der XIV. Kongreß der Deutschen Dermatologischen Gesellschaft findet vom 14. bis 16. September 1925 in Dresden statt. Hauptthema ist: Die Allergie in der Dermatologie und Venereologie; Ref. Dorrr-Basel. Vorträge müssen bis zum 1. Juni (mit kurzer Zusammenfassung der Ergebnisse) an Prof. Jadassohn, Breslau 16, Maxstr. 1, angezeigt werden.

Der internationale Kongreß für Radiologie findet in London am 30. Juni 1925 statt. Auch Mitglieder der Deutschen Röntgengesellschaft sind dazu geladen worden.

Gewählt: Zu Ehrenmitgliedern der Kiewer Gesellschaft für Haut- und Geschlechtskrankheiten die Proff. W. Iwanow-Moskau, P. Nikolsky-Rostow a. D., G. Merchtscherrsky-Moskau und T. Pawlow-St. Petersburg.

Gestorben: Unser Mitarbeiter Dr. Marcus Haase, Professor der Dermatologie an der University of Tennessee College of Medicine in Memphis, Tenn.;

Dr. Jean A. Bergonié, Professor der medizinischen Elektrizitätslehre in Bordeaux, ein Märtyrer der Röntgenstrahlen. R.

Nachdruck (auch des Abschnittes „Tagesg. Nachr.") ist ohne Genehmigung des Verlegers nicht erlaubt.

Verantwortlich für die Redaktion: für Originalabhandlungen und T. N.: Prof. Dr. J. H. Rille, Leipzig. Für den Referatenteil: Dr. M. Unna, Hamburg-Bergedorf.

Digitized by Google

Dermatologische Wochenschrift

Nr. 7 (Bd. 80) 14. Februar 1925

Aus der dermatologischen Abteilung des Rudolf-Virchow-Krankenhauses zu Berlin (Dirigierender Arzt: Prof. A. Buschke).

Zur Ätiologie der Alopecia areata.

Von

Prof. A. Buschke und Dr. Bruno Peiser.

Unsere experimentellen Thalliumuntersuchungen an Ratten haben bezüglich der Genese der Thalliumalopezie, die nach ihrem klinischen Bilde der Alopecia areata am nächsten steht, wichtige Tatsachen ergeben, die wohl auch für die Frage der Entstehung der menschlichen Alopecia areata nicht ohne Bedeutung zu sein scheinen. Wir haben bereits in unseren früheren Arbeiten auf die Ähnlichkeit dieser bei Tieren experimentell erzeugten Alopezie mit der Alopecia areata hingewiesen und angedeutet, daß die experimentelle Lösung des Thalliumproblems auch in das noch dunkle Gebiet der Alopecia areata einiges Licht zu bringen in der Lage wäre. Unsere Untersuchungen haben, wie wir an anderer Stelle ausführlich dargelegt haben, auch zu einer gewissen Klärung dieser schwierigen Frage geführt. Wir konnten nachweisen, daß neben dem am meisten hervortretenden Symptom des Haarausfalles und der auch bereits früher beobachteten Katarakt noch weitere Veränderungen im Organismus durch Thallium hervorgerufen werden, wie Wachstums- und Entwicklungsstörungen, Herabsetzung bzw. Aufhebung der geschlechtlichen Funktionen sowie schwere Schädigungen des gesamten Skelettsystems im Sinne rachitischer Veränderungen, die sämtlich eine gemeinsame ätiologische Grundlage vermuten ließen. Auch die bei einer großen Zahl der Versuchstiere beobachteten schweren epitheliomähnlichen Wucherungen der Schleimhaut des Vormagens wären hier zu nennen sowie die von Klopstock ausgeführten blutchemischen Untersuchungen, wonach eine Verschiebung der Elektrolyten im Sinne einer Alkalose sich feststellen ließ. Diese allen Symptomen gemeinsame Ursache sahen wir in einer Störung im endokrinen Apparat (vorzugsweise wohl in den Epithelkörperchen) und des mit ihm in enger Verbindung stehenden vegetativen Nervensystems, womit sämtliche Veränderungen eine ausreichende Erklärung fanden. Die Auffassung einer rein peripherischen Schädigung, wie sie zu Beginn der Forschungen angenommen wurde, konnte bald ausgeschlossen werden; und so ist auch von anderen Nachuntersuchern die zentrale Genese der Thalliumalopezie anerkannt worden. Nur wurde das Zentralnervensystem als das geschädigte Zentrum angesehen, während wir auf Grund unserer Ergebnisse den endokrin-vegetativen Faktor in den Mittelpunkt gestellt haben. Erwähnen möchten wir noch in diesem Zusammenhange unsere

Digitized by Google

Kaulquappenversuche, wo wir den direkten Nachweis einer endokrinen Schädigung durch Beeinflussung von Metamorphose und Wachstum mittels Thallium erbringen konnten[1]).

Wenn wir uns auch bewußt sind, daß diese Veränderungen am Tiere sich nicht ohne weiteres auf den Menschen übertragen lassen, zumal wir es bei unseren Experimenten mit einem Komplex zum Teil sehr schwerer Veränderungen zu tun haben, von dem die Alopezie nur ein Glied ist, während es sich bei der menschlichen Alopecia areata um ein nur leichtes Krankheitsbild, meist ohne weitere schwerwiegende Veränderungen handelt, so hielten wir es doch für der Mühe wert, unser Krankenmaterial nach dieser Richtung hin zu beobachten. Unseren Untersuchungen kam zugute, daß wir gerade in letzter Zeit bei unserem klinischen und poliklinischen Material eine Zunahme der Alopecia areata feststellen konnten.

Daß unsere auf experimenteller Basis begründete Theorie der endokrin-vegetativen Genese der Alopecia areata auch seine klinische Bestätigung gefunden hat, zeigen die gerade in den letzten Jahren, besonders in der französischen Literatur beschriebenen Fälle von Alopecia

---

[1]) Anmerkung bei der Korrektur: In dem Japan. J. of Derm. and Urol., Bd. 24, Nr. 10, das mir regelmäßig von meinem Freunde Dohi zugeschickt wird, finde ich eine Arbeit von Aramaki aus der Universitätsklinik in Sendai: Studien über die Alopezien. I. Mitteilung. In dieser Arbeit hat er unsere Untersuchungen über Thallium nachgeprüft und bezüglich der Alopezie bestätigt. Die anderen Störungen, über die wir berichtet haben, scheint er nicht in den Bereich seiner Untersuchungen gezogen zu haben. Er gibt an, mit Thallium nitricum etwas schnellere Ergebnisse gehabt zu haben. Wir haben auch mit diesem Salz ebenso wie mit den meisten uns zugänglichen Thalliumsalzen gearbeitet, ohne nennenswerte Unterschiede in ihrer biologischen Wirkung und Giftigkeit zu finden, soweit dieselben löslich sind. In der letzten Zeit haben wir sogar metallisches Thallium implantiert mit ähnlichen Versuchsergebnissen, über die wir noch berichten werden. Lokale Wirkungen an der alopezischen Haut haben wir in irgendwie regelmäßiger Weise nicht beobachten können, ebenso Augensekretionserscheinungen, wie sie der Autor beschreibt (Augenbutter). Vermutlich handelt es sich bei letzteren Erscheinungen um Fettabscheidungen aus den Meibomschen Drüsen, wie sie Buschke und Fränkel früher nach Physostigmin beschrieben haben. Möglicherweise verlaufen die Thalliumerscheinungen bei japanischen Ratten auch etwas anders als bei unseren. Ferner beschreibt der Autor allerdings geringgradigere Alopezien nach Fütterung mit Bleinitrat. Hierzu bemerken wir, daß wir nach chronischer Vergiftung mit Blei und Quecksilber, wie auch andere Autoren, Lichtung des Haarkleides beobachtet haben, die sich aber in nichts unterscheiden von dem Haarausfall, den man sonst bei schwer erkrankten oder in der Ernährung herabgekommenen Tieren sieht. Nicht im entferntesten hat dieser Haarausfall eine Ähnlichkeit mit dem typischen, gewaltigen Haarausfall bei Thallium, abgesehen davon, daß bei letzterem derselbe nach minimalen Dosen eintritt, während bei den eben genannten Giften größere Dosen erforderlich sind. Dann sei auch darauf verwiesen, daß beim Menschen weder Blei noch Quecksilber ohne lokale entzündliche Veränderungen diesen schweren und universellen Haarausfall macht wie das Thallium mit nervösen Erscheinungen. Alles, was der Autor sonst noch über Adrenalin usw. anführt, kann unsere Ansicht über die endokrin-sympathische Entstehungsweise der ganz spezifisch biologischen endokrin-sympathischen Thalliumwirkung nicht entkräften, zumal er selbst ja schließlich zu dieser Auffassung kommt, die ja übrigens in unseren ausgedehnten Untersuchungen durch die Kataraktbildung, durch die schweren Knochen- und Wachstumsveränderungen gestützt wird. Gegenversuche mit Thyreoidin, wie sie der Autor gemacht hat, haben wir ebenfalls mit negativem Erfolg bezüglich der Alopezie ausgeführt, ebenso mit Thymussubstanz. Dagegen sind unsere Versuche mit denselben Substanzen bezüglich des Wachstums und der Entwicklung, wie wir sie bei Kaulquappen gemacht haben, noch nicht abgeschlossen.

Digitized by Google

areata, wo endokrine und vegetative Veränderungen als Ursache angesehen wurden. So wird vor allem von Lévy-Franckel sowie auch von Sabouraud die endokrin-sympathische Ätiologie der Alopecia areata vertreten. Lévy-Franckel sieht die Alopecia areata als Begleiterscheinung einer Reizung des Vagosympathikus an, die durch verschiedene Ursachen hervorgerufen werden kann. Als solche können Traumen, akquirierte und hereditäre Lues, Tuberkulose, Störungen der endokrinen Drüsen, Intoxikationen usw. in Betracht kommen. Von endokrin-sympathischen Störungen ließen sich feststellen: Dysthyreosen, Dysovarie, Frigidität, hypophysäre Störungen, Veränderungen des Augen-, Herz-, pilo-motorischen und naso-faszialen Reflexes, endlich auch vasomotorische Störungen. In diesen Fällen ließ sich die Alopecia areata durch endokrin-sympathische Therapie günstig beeinflussen. Auch mit Radio- und Galvanotherapie der Schilddrüse bei hartnäckigem Haarausfall konnten Lévy-Franckel, Cottenot und Juster Erfolge erzielen. Nach Sabouraud findet sich Alopecia areata häufig mit Vitiligo oder mit Struma und Exophthalmus vergesellschaftet, bei Frauen tritt sie als frühes Zeichen der Menopause auf. Auch von Jenkins wird Alopecia areata im Verlaufe eines Basedow beschrieben, während Barber vollkommenen Verlust des Kopfhaares, der Augenbrauen und Wimpern bei einem Pat. mit Vergrößerung der Thyreoidea, Exophthalmus, Tachykardie und Tremor sah. Von Hellwig wird der Haarausfall direkt als typisches Anfangssymptom der Hyperthyreosen beschrieben. Gawalowski beschreibt eine herdförmige, konfluierende Alopecia thyreogenes, die sowohl bei Hyper- wie Hypothyreosen auftreten kann. Ayres jr. erwähnt einen Fall von Vitiligo und Alopecia areata bei schwerem Hyperthyreoidismus; Pajares führt zwei Fälle an, einen mit totaler Atrichie bei einem 14jähr. imbezillen Mädchen mit vielleicht hypophysärer Fettsucht und sympathikotonischem Syndrom, den zweiten mit hochgradiger Hypotrichie, ebenfalls bei einem 14jähr. intelligenten, nervösen Mädchen mit starkem vasomotorischen Reflex und Dysfunktion der Schilddrüse. Neben den Beziehungen zu den Ovarien, wie sie Sabouraud und Lévy-Franckel gefunden haben, wäre noch der Fall von Fischl von Alopecia totalis mit Hodenatrophie zu nennen und schließlich der Fall von Pick, bei dem eine diffuse Alopezie des Kopfes, der Augenbrauen und Achselhaare mit pluriglandulärer Insuffizienz (Störung des Knochenwachstums, Pankreasdiabetes, Amennorrhoe) kombiniert war. Von spanischen Autoren tritt besonders Sainz de Aja für die nervöse und innersekretorische Grundlage der Alopecia areata ein und lehnt die parasitäre und Syphilistheorie ab.

Was letztere betrifft, so besteht wohl allgemein jetzt die Ansicht, daß der Lues nicht die Bedeutung zukommt, wie früher angenommen wurde. Die von manchen Autoren angegebenen hohen Prozentzahlen von Alopecia areata bei hereditärer und akquirierter Lues sowie die günstige Beeinflussung des Haarwachstums in diesen Fällen durch spezifische Behandlung ist wohl damit zu erklären, daß auch die Lues infolge endokriner oder nervöser Schädigungen einen begünstigenden Faktor für die Entwicklung der Alopecia areata abgeben kann. Damit kommt der Lues nur in gleicher Weise wie anderen Noxen, Traumen, seelischen Erschütterungen, Intoxikationen usw. als auslösendes Moment eine gewisse

Digitized by Google

Bedeutung zu, ohne daß wir darin die eigentliche Ursache zu suchen hätten. Solche Fälle von traumatischen und neurogenen Alopecia-areata-Formen, wo im Anschluß an Verletzungen, besonders des Kopfes, meist in Verbindung mit psychischen Erschütterungen oder auch durch diese allein, herdförmige Alopezien aufgetreten waren, sind vielfach beschrieben worden und haben durch den Krieg noch eine Bereicherung gefunden (Pöhlmann, Joelsohn, Goldmann, Ssuchow, Reenstierna u. a.). Die Kombination mit Vitiligo, wie sie von einigen Autoren beobachtet worden ist, neben nervösen Störungen ist ebenfalls am treffendsten mit endokrin-sympathischen Störungen zu erklären. Es erscheint wohl nicht angebracht, diese Formen der sogenannten Alopecia traumatica und A. neurotica von der eigentlichen Alopecia areata abzutrennen, zumal sie klinisch nicht von ihr zu differenzieren sind. Vielmehr müssen wir annehmen, daß, wie auch von Bettmann, Sabouraud, Lévy-Franckel u. a. betont wird, der symptomatischen Einheit verschiedene Voraussetzungen entsprechen können, die schließlich nach unserer Auffassung das typische Krankheitsbild hervorrufen.

Die trophoneurotische Theorie der Alopecia areata, die sich auf die Josephschen Experimente stützt, nach welchen bei Ausschneiden des zweiten Spinalganglions bei Katzen herdförmige Alopezie an bestimmten Stellen des Kopfes auftrat, kann ebenfalls in unserem Sinne gedeutet werden. Wie schon Joseph feststellen konnte, trat Alopezie nur nach Exstirpation des Ganglions selbst oder nach Durchtrennung des Zervikalnerven peripher vom Ganglion auf, nicht aber wenn die Durchschneidung zentral erfolgte. In den ersten beiden Fällen müssen dabei immer, worauf erst kürzlich von Sklarz hingewiesen worden ist, auch Fasern des Sympathikus, die vom Ganglion cervicale supremum zum Ganglion spinale II ziehen, mitverletzt werden, während dieser sympathische Strang bei zentraler Durchschneidung geschont wird. Versuche von Sklarz in unserer Klinik, durch elektrische Reizung des oberen Sympathikusganglions die Alopezie günstig zu beeinflussen, ließen keine einwandfreien Erfolge erkennen. Jedenfalls können auch diese Versuche Josephs im Sinne einer Sympathikusschädigung gedeutet werden und die sich darauf aufbauende trophoneurotische Theorie würde in einer Störung des vegetativ-endokrinen Apparates zu suchen sein.

Die „Theorie dystrophique" Jacquets bedeutet schließlich auch nichts weiter als eine nervöse Reizerscheinung, indem Reize von einer stark innervierten Stelle auf dem Nervenwege zu einem Bezirk eines Innervationsminimums weitergeleitet werden. Und zwar sollte den meisten Fällen von Alopecia areata ein Reizzustand der Zähne zugrunde liegen, der nun, reflektorisch auf die Nervenäste übertragen, in deren Bereich den Haarausfall hervorruft. In neuerer Zeit wird besonders von englischer Seite wieder erneut auf die Bedeutung entzündlicher Veränderungen der Zähne und ihrer Umgebung, besonders der Tonsillen und des Nasen-Rachenraumes für die Entstehung der Alopecia areata hingewiesen und über Heilung bzw. Besserung nach Entfernung der Herde berichtet. Daß ein direkter Zusammenhang zwischen der Lokalisation der befallenen Areae und dem Ausgangspunkt des Reizes nicht besteht, konnte Bettmann an der Hand eines größeren Beobachtungsmaterials nachweisen. Inwie-

Digitized by Google

weit doch irgend welche Beziehungen zu Infektionen des Mundes bestehen, bedarf vorläufig erst noch weiterer Bestätigung.

Wenn wir alle die im vorhergehenden entwickelten teils tatsächlichen Befunde, teils Hypothesen in ihrer Gesamtheit betrachten, so lassen sie sich ohne Zwang auf eine gemeinschaftliche Basis zurückführen, die nach unserer Auffassung in Übereinstimmung mit einer Anzahl namhafter Autoren in einer Gleichgewichtsstörung im endokrin-vegetativen Apparate zu suchen wäre. Dabei ist es nicht zu verwundern, daß es uns in Anbetracht der Schwierigkeiten in der Feststellung solcher Unregelmäßigkeiten in diesem diffizilen Organsystem nur unter günstigen Umständen gelingen wird, krankhafte Vorgänge in diesem System zu erkennen. Haben wir es doch bei der Alopecia areata im Gegensatz zu unseren Thalliumversuchen, bei denen es sich doch um ganz massive Veränderungen handelte, meist nur mit geringgradigen Störungen zu tun, die sich unserer Feststellung entziehen. Wir waren uns daher wohl bewußt, als wir auf Grund unserer experimentellen Ergebnisse bei der Thalliumalopezie an die genaue Untersuchung unserer Alopecia-areata-Fälle herangingen, daß auch wir dem klinischen Bilde nicht viel neue Tatsachen hinzufügen würden, zumal ja gerade auch in der Richtung des vegetativen und endokrinen Systems, wie bereits oben betont, eine ganze Anzahl Beobachtungen vorliegen. Bei eingehender Untersuchung war es uns in fast jedem der beobachteten Fälle möglich, mehr oder minder krankhafte Veränderungen ausfindig zu machen, die teils nervöser, teils vegetativer oder innersekretorischer Natur waren. Für die in jedem Fall durchgeführte Untersuchung des Nervensystems, die Herr Prof. Schuster liebenswürdigerweise übernommen hatte, sagen wir auch an dieser Stelle unseren verbindlichsten Dank.

Es handelt sich im folgenden um sämtliche im Verlaufe fast eines Jahres in unserem klinischen und poliklinischen Material beobachteten Fälle von Alopecia areata, die kurz zusammengestellt nunmehr folgen.

1. Albert L., 14 Jahre, aufgenommen am 26. XI. 1923. Eltern und Geschwister gesund; 1917 Masern, sonst nie krank gewesen. Nach Angaben der Mutter ist das Kind von frühester Jugend an sehr nervös und macht in der Schule schlechte Fortschritte. Seit zwei Jahren besteht starker Haarausfall, der bisher ohne Erfolg behandelt worden ist.

Befund: Normal entwickelter, gut genährter Knabe. Achsel- und Schamhaare fehlen; über den ganzen Kopf verstreute multiple, zum Teil miteinander konfluierende bis markstückgroße kahle Stellen, in deren Bereich die Haut glatt ohne Narben ist. Am Rand der einzelnen Herde sind die Haare teilweise vollkommen pigmentlos, ebenso die in den veränderten Stellen noch vorhandenen wenigen Haare. Innere Organe, Genitale o. B. Keine Drüsenschwellungen. Ganz leichte Struma. Nervenstatus (Prof. Schuster): Andeutung einer Facies myopathica, Adiadochokinese der beiden Hände, Hypotonie beider Beine in allen Gelenken, Andeutung von Hohlfußbildung, auffällige Zehenbildung, rechts mit Vergrößerung der Zwischenräume zwischen den Zehen. Beim Gehen werden die Zehen leicht krallenartig gegen den Fußboden gebeugt, dabei ist der Gang unsicher. Häufige unwillkürliche ruckartige Bewegungen in Armen, Beinen und Rumpf. Ataxie beiderseits der Hände. Psychisch ist der Knabe etwas zurückgeblieben. Es handelt sich um eine wahrscheinlich kongenitale zerebellare Affektion, vielleicht um eine beginnende Friedreichsche Ataxie. WR negativ. Am 7. I. 1924 nicht gebessert entlassen (Höhensonnebestrahlung).

2. Elli R., 13 Jahre, aufgenommen 17. XII. 1923.

Familienanamnese o. B. Keine Kinderkrankheiten. Vor zwei Jahren wegen Haarausfall in Behandlung; seit einem halben Jahre erneuter Haarausfall.

Digitized by Google

Befund: Kräftiges, gut entwickeltes Mädchen; auf dem Kopf drei taler- bis kleinhandtellergroße Herde, in deren Bereich die Haare vollständig fehlen. Innere Organe und Nervensystem o. B. Unter Höhensonne und Einreibung der Stellen mit 3%iger Essigsäure tritt geringe Lanugobehaarung auf. Am 16. VIII. 1924 gebessert entlassen.

3. Rudolf G., 9 Jahre, aufgenommen 29. I. 1924.

Familienanamnese o. B. Früher nicht krank gewesen. Seit zwei Monaten Haarausfall.

Befund: Normal entwickelter, gut genährter Knabe. An beiden Seiten des Hinterkopfes finden sich in ungefähr symmetrischer Anordnung je eine kahle Stelle etwa in Höhe der Ohrmuscheln. Die Haut selbst ist glatt und zeigt keinerlei Entzündung oder narbige Veränderungen. An der Innenseite des rechten großen Herdes findet sich getrennt von diesem eine gleiche etwa bohnengroße haarlose Stelle. Ferner weist die rechte Schläfengegend eine etwa kirschgroße deutliche Depigmentierung der Haut und der dazu gehörigen Haare auf. Gleich große depigmentierte Stellen finden sich ferner über der rechten Mamilla, über dem 10.—11. Brustwirbel sowie in der Höhe des 2. Brustwirbels. Innere Organe o. B. Nervensystem (Prof. Schuster): Vasomotorische Störungen (feuchte Hohlhände, feuchte und kalte Füße), angedeuteter Epikanthus, geringe Hohlfußbildung beiderseits. Ferner besteht Sigmatismus. Unter üblicher Höhensonnebehandlung und Sublimatpinselung geringe Lanugoentwicklung. Am 21. II. 1924 gebessert entlassen.

4. Margarete B., 14 Jahre, aufgenommen 20. II. 1924.

Familienanamnese o. B. In frühester Kindheit angeblich immer gesund gewesen. Im 7. Lebensjahre ohne bekannte Ursache plötzlich totaler Haarausfall. Nach Höhensonnebehandlung wieder starkes Haarwachstum, bald danach trat wieder totaler Haarverlust ein. Von Oktober 1923 bis Januar 1924 befand sich Pat. wegen Lungenkrankheit in der Heilstätte Beelitz.

Befund: Normal entwickeltes und gut ernährtes Mädchen. Tonsillen sehr groß, sonst nicht verändert. Thyreoidea stark vergrößert, weich. Innere Organe, Genitale o. B. Auf dem Kopf ist der größte Teil der Haare ausgefallen, nur in der linken Schläfengegend sowie am Hinterhaupt sind noch einzelne Haarbüschel stehen geblieben. Im Bereich der kahlen Stellen zeigt die Kopfhaut durchaus normale Beschaffenheit und ist von zahlreichen Lanugohaaren besetzt. Unter üblicher Behandlung keine Besserung. Am 7. VI. 1924 ungeheilt entlassen.

5. Erich V., 10 Jahre, aufgenommen 21. III. 1924.

Familienanamnese o. B. Pat. kann wegen Schwachsinns keine Angaben machen. Seit einem halben Jahre Haarausfall, wird deshalb vom Erziehungsheim Dalldorf ins Krankenhaus überwiesen.

Befund: Mittlerer Kräfte- und Ernährungszustand. Rachitische Zähne; Struma diffusa. Nackendrüsen links erbsengroß. Innere Organe o. B. Genitale auffallend stark entwickelt. Handtellergroßer kahler Herd über dem linken Ohr, mehrere ähnliche etwas kleinere Herde am Hinterkopf sowie auf der rechten Kopfseite, vornehmlich in der Schläfengegend. Nervensystem: Artikulatorische Sprachstörung, ausgesprochene Imbezillität, starker Dermographismus. Unter Bestrahlung und lokaler Reiztherapie tritt überall fast normale Behaarung ein. Am 23. VIII. 1924 geheilt entlassen.

6. Johann P., 12 Jahre, aufgenommen 21. III. 1924.

Familienanamnese o. B. Ebenfalls debiler Pat., dessen Angaben sehr unzuverlässig sind. Früher angeblich nicht krank gewesen. Im Jahre 1917 angeblich zum erstenmal Haarausfall, der nach kurzer Besserung bald wieder auftrat, seitdem besteht Kahlköpfigkeit. Im Jahre 1920 bereits Behandlung im hiesigen Krankenhaus.

Befund: Im Wachstum zurückgebliebener Knabe von mäßig kräftigem Körperbau. Stellungsanomalie der Zähne mit Diastema und Hypoplasie des linken zweiten Schneidezahnes; diffuse Struma mäßigen Grades. Innere Organe o. B. Genitale: linker Hoden nicht zu tasten, rechter Hoden auffallend klein. Die Kopfbehaarung fehlt zum größten Teil, nur einzelne Haarbüschel sind stehen geblieben; dazwischen sieht man stellenweise Lanugohaare. Nervensystem: Debilität, mäßiger Dermographismus. Unter Behandlung stärkere Lanugobehaarung, sonst ohne Veränderung. Am 7. VIII. 1924 gebessert entlassen.

(Schluß folgt.)

Digitized by Google

Die Verwendung des Amylnitrits in der Dermatologie.

Von

Ferdinand Winkler in Wien.

Die Dermatologie hat seltsamerweise die eigenartige Wirkung der Einatmung des Salpetrigsäureamyläthers, des Amylnitrits, nicht auszunützen vermocht, obzwar man in ihm ein Heilmittel oder ein Besserungsmittel für alle jene Krankheiten zu sehen glaubte, die auf einem Gefäßkrampf beruhen sollten, ebenso wie man es bei bestimmten Herzaffektionen benutzte, aber auch bei Epilepsie, Hemikranie und Kokainvergiftung, doch ist, wie L. Lewin (1) sagt, wenig von dem anfänglichen guten Rufe übriggeblieben.

R. Kobert (2) empfiehlt ausschließlich die Einatmung zu therapeutischen Zwecken und führt die sofort eintretende Rötung von Gesicht und Hals auf eine vasomotorische Lähmung der Hautgefäße zurück, welche unabhängig vom Zentralnervensystem zustande kommt und deren Resultat eine wesentliche Herabsetzung des Blutdruckes ist.

Doch hat E. Lewin darauf aufmerksam gemacht, daß mitunter die Gesichtsröte ganz fehlt, wenn auch das Studium der durch Amylnitrit gewöhnlich hervorgerufenen Hautrötung zeigt, daß sich die Hyperämie fast immer auf die obere Körperpartie beschränkt und daß sie sogar meist die Arme freiläßt. Kösslin (3) führt ausdrücklich an, daß die Hände unbeeinflußt bleiben, und der sich jedem Beobachter aufdrängende Eindruck, daß es sich um eine sehr rasch vorübergehende Erweiterung der Hautgefäße handelt, deren Verteilungsbezirk der Schamröte entspricht, ist wahrscheinlich der Grund dafür gewesen, daß dem Mittel für die Verwendung in der Therapie der Hautkrankheiten nicht viel Indikationen zuteil wurden. R. Cassirer (4) bemerkt zwar, daß man bei der Raynaudschen Krankheit von dem Amylnitrit als einem gefäßerweiternden Mittel viel erwartet habe, daß aber niemals ein Erfolg konstatiert worden zu sein scheine, ja Weiss verwerfe es als nutzlos und gefährlich.

G. Hayem (5) fand, daß die Rötung zunächst das Gesicht und die Ohren ergreife, später aber auf die obere Körperhälfte übergehe und auch auf dem Bauche sich durch das Auftreten einer marmorierten Zeichnung kundgebe. Wenn man die Einatmungen von 5—7 Tropfen mehrmals hintereinander ausführen lasse, so werde die ganze obere Körperhälfte gerötet.

N. Berend (6) war der erste und einzige Autor, welcher die Wirkung des Amylnitrits auf die Haut studierte, und er sah bei Kindern, daß der Beginn des Errötens am häufigsten an der Nase, dann an den oberen Augenlidern auftrete und daß erst verhältnismäßig spät die Röte auf die Ohren übergehe. Ließ er bei Säuglingen die mit einem einzigen Tropfen beschickte Watte mittels einer Pinzette vor die Nase des Kindes halten, so brauchte es bei gesunden Kindern 15—25 Sekunden bis zum Auftreten der Rötung. Bei Verwendung von 2—3 Tropfen zeigten sich ihm bemerkbare Unterschiede sowohl in bezug auf die Auftritts-

Digitized by Google

stelle, den Grad und die Raschheit des Verschwindens der Errötung, ebenso in bezug auf die Mitbeteiligung der Ohren. Je jünger das Kind und je rosiger die Gesichtsfarbe war, desto kleinere Gaben mußte er verwenden, und die Wirkung des Amylnitris sah er rascher und intensiver eintreten; je blässer und je kachektischer der Säugling war, um so langsamer und um so undeutlicher sah er das Rotwerden, und er beschreibt das nicht seltene Phänomen des fleckweisen Rotwerdens, wie auch in diesen Fällen das Zurückbilden in Fleckenform erfolgt. In 2 Fällen konnte er feststellen, daß die Säuglinge — in beiden Fällen handelte es sich um ekzematöse Kinder — schon 1—1½ Sekunden nach dem Rotwerden intensiv erblaßten, bei einem der Kinder trat während des Erblassens der Haut, welches sich über den ganzen Körper erstreckte, eine zyanotische Verfärbung der Oberlippe auf.

Es zeigte sich ferner, daß dem Amylnitrit bei exsudativen Säuglingen eine intensivere Wirkung zukommt als bei anderen Kindern, und Berend versuchte wegen der von ihm beobachteten Heilwirkung der Amylnitritatmung auf Ekzeme die Amylnitritwirkung gewissermaßen zu messen, indem er die Dosis und die Zeit „titrierte", bei welcher und in welcher die Wirkung des Amylnitrits ausgesprochen auftrete. Es wurde mit der Einatmung von 2 Tropfen während der Zeit von 5 bis 10 Sekunden begonnen und dann nach Ablauf von 3—4 Minuten die Dosis und die Inhalationszeit gesteigert. Die Menge der eingeatmeten Tropfen schwankte zwischen 3 und 10 Tropfen und die Zeitdauer der Einatmung zwischen 20 und 50 Sekunden; bei Säuglingen unter 2 Monaten betrug die Maximalzahl 5 Tropfen. Es zeigte sich dabei, daß die Säuglinge je nach ihrer Konstitution und ihrem Ernährungszustand sehr verschieden auf Amylnitrit reagieren und daß sich die Reaktion von der bei Erwachsenen beobachteten insofern unterscheidet, als die Säuglinge relativ sehr hohe Amylnitritdosen vertragen.

Gesunde Säuglinge mit guter Hautfarbe, also mit normaler Blutverteilung verhalten sich bezüglich der Reaktion den Erwachsenen ähnlich, sie werden rasch rot, und zwar um so schneller, je röter ihr Gesicht an und für sich ist. Dies gilt sowohl für die natürlich genährten wie auch für die künstlich genährten Säuglinge. Auch bei den größten Amylnitritgaben tritt bei gesunden Säuglingen höchst ausnahmsweise das Erblassen auf, unter 45 Fällen nur dreimal ein leichtes und einmal ein starkes Erblassen, begleitet von einer mäßigen Bradykardie; unter diesen 4 Fällen war zweimal ein geringes Sinken des Blutdruckes festzustellen, und auch diese minimale Differenz war nach 5 Minuten ausgeglichen. Frühgeborene Kinder mit rosiger Hautfarbe zeigten dasselbe Verhalten, bei blassen Frühgeborenen ist die Amylnitritreaktion schwach und rasch vorübergehend. Bei atrophischen und blassen Kindern tritt das Rotwerden unter der Amylnitriteinatmung relativ schwach und langsam auf; bei besonders schweren Fällen von Atrophie reagiert das Kind kaum mit Rotwerden; einfache Atrophien disponieren nicht zum Erblassen. Die schwersten Nährschäden geben in gleicher Weise eine schwache Reaktion auf Amylnitrit, sie ist um so kleiner, je schwerer der Prozeß ist. Das Rotwerden tritt hier selbst auf große Gaben höchst andeutungsweise auf, ja es bleibt völlig aus, ebenso tritt kein Erblassen auf und auch die

Digitized by Google

Pulsvermehrung ist kleiner als bei Kindern mit normaler Gefäßinnervation. Am deutlichsten tritt diese Abweichung von der normalen Reaktion in den Toxikosefällen auf, bei ihnen gehört das Rotwerden zur Ausnahme und das Erblassen ist von Berend in keinem Falle beobachtet worden.

Bei einem halbjährigen spasmophilen Kinde konnte unter der Amylnitritwirkung ein mit starkem Sinken des Blutdruckes verbundenes und mehrere Minuten andauerndes Erblassen beobachtet werden, und luetische Säuglinge weisen, auch wenn die Lues noch nicht manifest ist, nur ein schwaches Rotwerden auf, auf welches verhältnismäßig oft das Erblassen folgt. Berend läßt die Frage offen, ob dies auf einer Störung in der Blutverteilung, auf einer Erkrankung der Gefäße oder auf einer Änderung der Gefäßinnervation beruht. Auch bei hereditärer Degeneration, wie Wolfsrachen, Hydrozephalus, Meckelschem Divertikel oder Klumpfußbildung fiel ihm die große Zahl der Erblassungsreaktion auf; unter 7 Fällen reagierten 5 mit Erblassen und bei 4 fehlte das vorausgehende Rotwerden. Bei den an katarrhalischen Affektionen leidenden Kindern zeigt sich, daß die Rötung um so weniger eintritt, je blasser die Hautfarbe an sich ist, und daß sie in größerer Zahl und leichter erblassen als Kinder ohne diese Krankheitsformen.

Die wichtigsten Ergebnisse der Berendschen Studien betreffen die Kinder mit exsudativer Diathese; selbst bei denjenigen atrophischen Säuglingen, welche nur geringe Anzeichen dieser Konstitutionsanomalie aufweisen, ist die Amylnitritreaktion stärker und häufiger, und in einem viel höheren Prozentsatze als bei normalen Kindern ist das Rotwerden vom Erblassen gefolgt. Noch auffallender war dieser Unterschied bei ekzematösen Säuglingen; von 76 Kindern wurden bloß 5 nach Inhalation von Amylnitrit nicht rot, und gerade diese hatten nebst ihrem Ekzem noch eine äußerst schwere Atrophie. Noch bezeichnender ist die Prozentzahl des Erblassens, welches innerhalb von 30 Sekunden bis 2 Minuten dem Rotwerden folgte und an Höhe alle Kinder mit anderen Krankheiten übertraf. Es erscheint als Ausnahme, wenn ein ekzematöses Kind nach der Amylnitritrötung nicht erblaßt; das auf das Rotwerden folgende Erblassen tritt bei den ekzematösen Kindern plötzlich auch nach kleiner Gabe auf und erreicht Grade, wie sie sonst in keinem Falle zu beobachten sind. Oft empfing Berend bereits 30—40 Sekunden nach dem Rotwerden den Eindruck, als ob die Haut ganz blutlos wäre, die Nasenspitze und die Ohren wurden wachsgelb, in schweren Fällen wurden auch die Fingerspitzen gelb, so daß man mit Recht sagen kann, daß ekzematöse Kinder unvergleichlich intensiver auf Amylnitrit reagieren als Kinder mit normaler Konstitution. Dabei ist die Reaktion nicht an das Alter des Säuglings gebunden, weil sie bei 2jähr. Kindern ebenso auftritt wie bei Säuglingen, und zwar auch oft auf so kleine Dosen, auf welche ein gesunder 1—2monatiger Säugling kaum mit einem vorübergehenden Rotwerden reagiert. Es ist übrigens leicht festzustellen, daß gerade bei den exsudativen Kindern ein Schwanken in der Reaktion auf Amylnitrit zu bemerken ist; ein Kind, das heute auf 3 Tropfen bald nach dem Rotwerden erblaßt, reagiert unter Umständen am nächsten Tage selbst auf das 2—3fache der gestrigen Dosis nicht; eines der von Berend beob-

Digitized by Google

achteten Kinder reagierte am 1. Versuchstage auf 5 Tropfen mit posthyperämischem Erblassen und am 2. Versuchstage selbst nicht auf 20 Tropfen, die ihm zur Inhalation während 60 Minuten vorgehalten wurden. Verhältnismäßig am leichtesten und schon auf die kleinste Dosis hin tritt das posthyperämische Erblassen bei der ersten Einatmung auf, bei den späteren Inhalationen müssen oft größere Gaben verabreicht werden.

Es zeigt sich also, daß bei der Gruppe der Nährstörungen im Kindesalter die Amylnitritreaktion um so geringer ist, je schwerer und je vorgeschrittener der Prozeß ist, und daß andererseits bei der Gruppe der exsudativen Ekzeme im Kindesalter die Reaktion viel stärker ist und anders abläuft als bei gesunden Kindern; ersteres hat seine Ursache in der Blutverteilung, letzteres in der gestörten Gefäßinnervation.

Wir haben es somit im Kindesalter mit zwei wichtigen vasomotorischen Phänomenen bei der Amylnitritwirkung zu tun, mit dem Rotwerden und dem Erblassen. Auch bei Erwachsenen kommt das Erblassen als Gegenwirkung nach der Amylnitritrötung nicht selten vor; Samelsohn (7) beschreibt ein Erblassen bei Erwachsenen bei Eintreten eines kleinen fadenförmigen und bisweilen sehr langsamen Pulses, und G. Mansfeld (8) hat Erwachsene beobachtet, welche bei anhaltend gutem Allgemeinbefinden auf Amylnitrit überhaupt nicht rot wurden, dafür aber erblaßten, und er hat auch Erwachsene gesehen, welche trotz hoher Amylnitritgaben überhaupt keine Reaktion zeigten.

Berend erörterte die Annahme, daß durch das Sinken des Blutdruckes das Erblassen der Haut veranlaßt sein könne, weil sich die Gefäße im Splanchnikusgebiete erweitern und der zentrale Vagustonus sinkt. Lauder Brunton (9) wies darauf hin, daß beim Kaninchen rasch nach dem Beginne der Einatmung des Amylnitrits der Blutdruck fällt, während beim Hunde die Blutdrucksenkung ganz unbedeutend ist; durchschneidet man aber dem Hunde beide Vagusnerven, dann wird die Amylnitriteinatmung auch beim Hunde von einem plötzlichen Blutdruckabfalle gefolgt. Schweinburg (10) zeigte, daß sehr geringe Gaben von Amylnitrit beim Erwachsenen den Blutdruck erhöhen, während etwas größere Gaben einen Abfall des Blutdruckes herbeiführen: auch Maximowitsch und Rieder (11) fanden bei kurzdauernder Amylnitritinhalation eine bedeutende Steigerung des Blutdruckes des Erwachsenen mit raschem Absinken zur Norm. Ich selbst (12) konnte in einer großen Reihe von Versuchen zeigen, daß das Amylnitrit in schwachen Dosen die Herzarbeit günstig beeinflußt, aber in größeren Dosen zu einer Schädigung der Herzarbeit führt. Das posthyperämische Erblassen bei katarrhalisch erkrankten und bei ekzematösen Kindern kann auf diese experimentell nachgewiesene Schädigung der Herzarbeit zurückgeführt werden.

Um diese Frage zu entscheiden, habe ich bei einer Reihe von ekzematösen Kindern, bei denen ganz im Sinne von Berend bei der Amylnitriteinatmung auf das Rotwerden ein Erblassen folgte, auch ein verändertes Amylnitrit, das Amylium nitrosum carbonisatum, verwendet und gesehen, daß bei diesem Präparate zwar das Rotwerden, aber nicht das Erblassen eintritt. Die experimentellen Grundlagen für diesen Ver-

Digitized by Google

such habe ich (13) vor längerer Zeit geliefert, als ich, von der Anschauung ausgehend, die bei der Amylnitriteinatmung stattfindende Methämoglobinbildung durch die Festbindung des Sauerstoffes an das Hämoglobin verhindern zu können, mir ein mit Kohlenoxyd gesättigtes Amylnitrit herstellte. Zu diesem Zwecke leitete ich ein durch Erhitzen von Oxalsäure mit konzentrierter Schwefelsäure bereitetes und durch Natronlauge von der Kohlensäure befreites Kohlenoxyd in Amylnitrit ein und bekam dadurch ein Präparat, das etwa $^1/_5$% Kohlensäure enthielt. Dieses mit Kohlenoxyd gesättigte Amylnitrit erwies sich im Tierversuch als ein den Nutzeffekt der Herzarbeit wesentlich steigerndes Präparat und die Versuche an ekzematösen Kindern zeigten dementsprechend, daß bei seiner Verwendung das Erblassen fehlt.

Das Erblassen nach der auf die Amylnitriteinatmung unmittelbar folgenden Rötung ist also der Ausdruck der Verminderung der Herzarbeit, in ähnlicher Weise wie bei dem von Berend zum Vergleich angezogenen Erblassen bei der Chloroforminhalation die Abnahme der Herztriebkraft als Ursache des Blaßwerdens angesehen wird. Zweifellos spielt die Einwirkung der Splanchnikusgefäße eine große Rolle bei der Amylnitritwirkung, aber die Hauptursache des Erblassens liegt doch in der Schwächung der Herzarbeit, für welche auch die nicht selten bei Kindern während des Erblassens auftretende Zyanose der Lippen spricht, sowie die Erscheinung, daß in der Periode des Erblassens eine Bradykardie besteht, während in der Periode der Hautrötung die charakteristische Tachykardie zu finden ist.

Berend hat recht, wenn er den Umstand, daß bei exsudativer Diathese das Erblassen auf Amylnitrit ein regelmäßiger Befund ist, als Ausdruck der vasomotorischen Übererregbarkeit ansieht und wenn er mit dieser Überempfindlichkeit das rätselhafte Bild des plötzlichen „Ekzemtodes“ und des „Thymustodes“ in Zusammenhang bringt. Bei den Ekzemkindern besteht sicherlich eine Überempfindlichkeit der Vasomotoren, die sich entweder auf das Vasomotorenzentrum oder auf die Endigungen der Splanchnikusnerven bezieht.

Das Erblassen tritt nicht immer unmittelbar nach dem Rotwerden auf; es ist häufig ein normales Intervall zu beobachten, während in anderen Fällen — wie schon oben erwähnt — die Hautrötung an sich gering und das Blaßwerden erheblich sein kann, oder statt des Erblassens tritt eine Cutis marmorata auf, die manchmal zyanotische Farbe zeigt. Meine Beobachtungen zeigen, daß zwischen dem Rotwerden der Haut und den posthyperämischen Phänomenen keinerlei Proportionalität besteht. Ich kann die Angaben von Berend bestätigen, daß manche Kinder kaum rot werden und dennoch stark erblassen, daß andere Kinder nach dem Rotwerden zunächst ihre rote Hautfarbe zurückbekommen und erst nach 1—2 Minuten im Gesicht und an Extremitäten erblassen, so daß hier eine wachsgelbe Färbung durch 1—2 Minuten erscheint. Das Auftreten der Marmoriertheit ist nach Berend um so wahrscheinlicher, je jünger der Säugling ist und tritt am häufigsten bei Kindern unter 2 Jahren auf. Manchmal tritt schon das Rotwerden fleckenartig auf, und manchmal erfolgt die Rückbildung der Rötung fleckenartig. Auch Berend hat die lividen Verfärbungen gesehen und hat gleich mir beobachtet, daß sie oft

Digitized by Google

gleichzeitig mit dem Erblassen auftreten und in manchen Fällen zyanotisch werden; in einem seiner Fälle, der schon oben erwähnt ist, verschwand ein erbsengroßer zyanotischer Fleck am Kinn erst nach 24 Stunden.

Berend stützt sich auf die Angaben der Pharmakologen, daß das Herz nur von größten Amylnitritgaben geschädigt wird; meine oben zitierten Versuche haben aber mit Sicherheit erwiesen, daß diese Annahme irrtümlich ist. Nach großen Gaben von Amylnitrit tritt Lungenödem ein und Hayem (14) beschreibt ausdrücklich, daß bei seinen Versuchen, die Pneumonie der Erwachsenen durch die Vermehrung des Blutreichtums der Lunge zu beeinflussen die Atemfrequenz größer und der Puls sehr schwach sowie sehr frequent wurde, daß Dyspnoe und angestrengte Inspirationen eintraten, das vorher gerötete Gesicht livid und die Lippen und die Extremitäten zyanotisch wurden. Gegenüber einer allgemeinen Verwendung des Amylnitrits bei der Behandlung der exsudativen Diathese des Kinderalters kann ich deshalb mit voller Berechtigung die Worte wiederholen, die ich am Schlusse meiner oben angeführten experimentellen Arbeit (12) niedergeschrieben habe: „Es kommt gewiß dem Amylnitrit die Eigenschaft zu, die Herzarbeit zu verbessern, aber leider nur während einer kurzen Zeit des Versuches, welche, was noch schwerer und zu Ungunsten des Amylnitrits ins Gewicht fällt, vorher nicht bestimmt werden kann. Im großen und ganzen überwiegt der die Herzarbeit verschlechternde Einfluß. Könnte es gelingen, aus dem Amylnitrit eine Verbindung herzustellen, die in kleineren Mengen nur die günstige Wirkung auf das Herz zeigt, so wäre damit der Therapie ein sehr wichtiges Mittel gegeben."

Wie ich schon oben auseinandergesetzt habe, ist in dem mit Kohlenoxyd gesättigten Amylnitrit ein solches Mittel gegeben. Dieses karbonisierte Amylnitrit wirkt einerseits nicht so stürmisch wie das reine Amylnitrit, andererseits ist seine Einatmung nicht von so unangenehmen Nebenerscheinungen gefolgt.

Die günstigen Wirkungen, welche Berend mit dem reinen Amylnitrit erhielt, habe ich bei exsudativer Diathese auch mit dem nach meinen Angaben karbonisierten Amylnitrit gesehen, aber die unangenehmen Nebenwirkungen vermieden. Es ist wirklich oft so, als ob man von den Kindern das Ekzem abgewischt hätte. Die Wirkung des Amylnitrits zeigt sich zunächst in dem Verschwinden der Hauthyperämie, die Krustenbildung verringert sich und bleibt weg, der Juckreiz schwindet, die Infiltration der Haut vermindert sich, die Haut wird weicher, und der Eindruck, daß unter der Amylnitrittherapie die Exsudation sowohl an der Oberfläche wie auch in den tieferen Schichten der Haut aufhört, wiederholt sich bei jedem Fall.

Das Erblassen, welches bei der Hautrötung auf die Amylnitritbehandlung folgt, ist entgegen der Meinung von Berend für den Eintritt der Heilung unwesentlich, und es zeigen die bei der Verwendung des karbonisierten Amylnitrits erzielten Resultate deutlich, daß die arterielle Hyperämie der Haut allein den Heilfaktor bildet. Die Annahme, daß durch die Hyperämie der Chemismus der Haut in günstigem Sinne beeinflußt wird, wird durch die Versuche von Hösslin und Washirado (15)

Digitized by Google

gestützt, die bei Einwirkung von Amylnitrit eine Behinderung der Chlornatriumausscheidung durch die Haut festgestellt haben, und die Anschauung, daß durch die Amylnitrithyperämie die vielleicht im Körper des chronisch Ekzematösen vorhandenen ekzematogenen Stoffe aus der Haut entfernt werden, ist vielleicht nicht ohne Grund zu verteidigen, insbesondere mit Rücksicht auf den durch BLOCH (16) erbrachten experimentellen Nachweis, daß Ekzeme auf hämatogenem Wege entstehen können.

(Schluß folgt.)

Neue Untersuchungen über die Ätiologie und Pathologie der erblichen Mißbildungen der Haut (der sog. Genodermatosen).

Von

Prof. MEIROWSKY in Köln.

I. Einleitung. Der Anteil der Erbmasse an der Entstehung der Muttermäler.

In einer Reihe kurzer Mitteilungen beabsichtige ich, das von mir seit längerer Zeit von neuem gesammelte Material zur Ätiologie und Pathologie der Muttermäler zu veröffentlichen und dabei alle Fragen zu besprechen, die neuerdings in der Literatur aufgerollt worden sind. Der größte Gegner der Lehre von der keimplasmatischen Bedingtheit der Nävi ist bisher H. W. SIEMENS. Sein letzter Standpunkt in den zwischen uns strittigen Fragen ist in einer Mitteilung in dieser Wochenschrift niedergelegt. Ihm ist zu entnehmen, daß nunmehr der ganze Gegensatz zu der Frage zusammenschmilzt: wie groß ist der Anteil der Erbmasse an der Entstehung der Muttermäler? Ist er so gering, daß die Nävi hauptsächlich als paratypisch, d. h. als durch die Umwelt hervorgerufen anzusehen sind? Ist er so groß, daß die Hauptursache im Keimplasma liegt? Wenn ich nun die Nävi als das klassische Gebiet der Manifestationsschwankungen ansehe, so habe ich damit lediglich folgendes gesagt: die Muttermäler sind in der Hauptsache keimplasmatisch bedingt. Zu ihrer Manifestation gehören andere idiotypische und paratypische Faktoren[1]). Das kann aus der Tatsache geschlossen werden, daß alle oder fast alle erwachsenen Menschen Nävi irgend welcher Art aufweisen, die oft bei der Geburt noch nicht vorhanden sind und sich meist im Verlaufe der ersten Jahrzehnte des Lebens entwickeln. Vergleicht man nun den Menschen mit irgend einem Lebewesen, das überhaupt keine Nävi hat (z. B. mit irgend einem niederen Lebewesen), so muß daraus auf eine allgemeine erbliche Disposition des Menschen zur Muttermalbildung geschlossen werden.

---

[1]) Anmerkung bei der Korrektur: Vor kurzem sah ich im unmittelbaren Anschluß an eine Röntgenbestrahlung mehrere typische Naevi pigmentosi auf einer vorher nävusfreien Haut aufschießen.

Digitized by Google

Der Umstand nun, daß die einzelnen Nävi in ihrer individuellen Lokalisation, Form und Größe bei Verwandten und selbst bei eineiigen Zwillingen meist nicht übereinstimmend gefunden werden (obwohl auch das vorkommt), beweist nichts gegen die überwiegende Bedeutung der erblichen Veranlagung für die Nävusbildung. Ganz entsprechendes gilt nämlich auch, wie ich schon hier vorwegnehmen und in einem der folgenden Beiträge ausführlich begründen werde, für die einzelnen Epheliden. Selbst bei eineiigen Zwillingen haben ich und meine Mitarbeiter Frl. Dr. Lobbenberg und Dr. Spieckernagel in unserem Kölner Material im Gegensatz zu H. W. Siemens keine Übereinstimmung der Epheliden in Form, Größe und Lokalisation gefunden, und doch ist an der idiotypischen Bedingtheit der Epheliden nicht zu zweifeln. Das Gleiche gilt auch für den vererbten Naevus depigmentosus, die menschliche Scheckenbildung, wie überhaupt ganz allgemein für die einzelnen Schecken gescheckter Haustiere, und doch liegt es auf der Hand, daß die Scheckung entscheidend durch die Erbmasse bedingt ist.

Bei der Scheckung ist nun auch der Grad weitgehend erblich, und es war daher zu prüfen, wie weit das auch bei den gewöhnlichen Nävi der Fall ist. Siemens hat in dieser Beziehung die Zahl der Nävi untersucht. Er hat sich den genialen Gedanken Galtons zu eigen gemacht, daß die Untersuchung von Zwillingen eine ungefähre Bestimmung der relativen Bedeutung von Erbmasse und Umwelt (von „nature“ und „nurture“) ermögliche; und er hat bei Zwillingen eine nach seiner Ansicht so geringe Ähnlichkeit hinsichtlich der Zahl der Nävi gefunden, daß er die Nävi als überwiegend nichterblich ansehen zu dürfen meinte.

Wenn der Grad der Ähnlichkeit oder Unähnlichkeit einander zugeordneter Individuen zweier Reihen bestimmt wird, so handelt es sich im Grunde stets um die Bestimmung von Korrelationen, und Siemens hat dementsprechend an seinem Material den Korrelationskoeffizienten hinsichtlich der Zahl der Nävi bei eineiigen und zweieiigen Zwillingen bestimmt. Bei eineiigen Zwillingen hat er einen Korrelationskoeffizienten von $0{,}40 \pm 0{,}13$ gefunden und gemeint, daß dieses Ausmaß der Ähnlichkeit „recht gering“ sei. Von einer vorwiegend erblichen Bedingtheit der Nävi könne danach keine Rede sein, denn dann müsse die Korrelation nahezu gleich 1 sein (s. Arch. f. Derm., Bd. 143, S. 40). Diese Annahme aber ist irrig.

Der Erblichkeitsforscher Lenz war schon damals der Meinung, daß die gefundene Korrelation für eine starke Beteiligung der Erbmasse an der Entstehung der Nävi spräche. Inzwischen ist Lenz dieser Frage weiter nachgegangen. Es war vor allem die Frage zu prüfen, eine wie hohe Korrelation bei Zwillingen hinsichtlich eines Merkmals zu erwarten wäre, das ebenso stark von der Umwelt wie von der Erbmasse abhängig wäre. Solange man das nicht weiß, schwebt die Beurteilung der gefundenen Korrelationskoeffizienten ziemlich in der Luft. Lenz hat mir nun auf meine Anfrage einige von den Zahlen mitgeteilt, die er für eine Darstellung der Methoden der menschlichen Erblichkeitsforschung berechnet hat.

Digitized by Google

Wenn man annimmt, daß eine dominante Erbanlage in einer Bevölkerung ebenso verbreitet sei wie in einer F_2- (oder, was auf dasselbe hinauskommt, einer F_n-) Bevölkerung, d. h. mit der Häufigkeit $^1/_2$, und wenn man weiter annimmt, daß die Erbanlage in der Hälfte der Fälle durch Umwelteinflüsse an der Manifestation gehindert werde, so würden eineiige Zwillinge in bezug auf das durch die Erbanlage bedingte Merkmal eine Korrelation von 0,20 zeigen. Wenn aber eine Erbanlage in der Hälfte der Fälle durch Umwelteinflüsse unterdrückt (oder, was auf dasselbe hinauskommt, wenn sie in der Hälfte der Fälle durch Umwelteinflüsse zur Manifestation gebracht) wird, so kann man wohl sagen, daß das betreffende Merkmal ebenso stark von der Erbmasse wie von der Umwelt abhängig sei. Einigt man sich auf diese Definition, so spricht die von Siemens gefundene Korrelation von etwa 0,4 keineswegs gegen eine überwiegende Bedeutung der Erbmasse für die Entstehung der Nävi. Wenn die angenommene Erbanlage nur in einem Viertel der Fälle durch Umwelteinflüsse an der Äußerung gehindert würde, so hätte man eine Korrelation von 0,43 zu erwarten. Die von Siemens gefundene Korrelation würde also zu der Annahme passen, daß die Nävi zu etwa drei Vierteln von der Erbmasse abhängig seien. Ich möchte freilich nicht so weit gehen, zu sagen, daß diese Annahme durch die Befunde von Siemens schon positiv bewiesen sei; dazu haftet der von ihm gefundenen Korrelation noch ein zu großer Fehler der kleinen Zahl an. Sie beträgt ja nur etwa das Dreifache des Standardfehlers: $0{,}40 \pm 0{,}13$.

Mit Erlaubnis von Lenz gebe ich die bei Zwillingen zu erwartenden Korrelationen, je nachdem eine dominante Erbanlage in einem mehr oder weniger großen Bruchteil der Fälle an der Äußerung gehindert wird, hier an:

Wird eine dominante Erbanlage von der Häufigkeit 0,5 an der Äußerung gehindert

								bei eineiigen Zwillingen	bei zweieiigen Zwillingen
in	0,0	der	Fälle,	so	beträgt	die	Korrelation	1,00	0,42
„	0,1	„	„	„	„	„	„	0,69	0,29
„	0,2	„	„	„	„	„	„	0,50	0,21
„	0,3	„	„	„	„	„	„	0,37	0,15
„	0,4	„	„	„	„	„	„	0,27	0,11
„	0,5	„	„	„	„	„	„	0,20	0,08
„	0,6	„	„	„	„	„	„	0,14	0,06
„	0,7	„	„	„	„	„	„	0,10	0,04
„	0,8	„	„	„	„	„	„	0,06	0,02
„	0,9	„	„	„	„	„	„	0,03	0,01
„	1,0	„	„	„	„	„	„	0,00	0,00

Die Berechnung ist allerdings nur für alternative Merkmale durchgeführt. Für graduelle Merkmale würde sie außerordentlich umständlich sein, aber kein wesentlich anderes Resultat ergeben. Wenn man das von Siemens veröffentlichte Material über Nävi bei Eineiigen alternativ bearbeitet, also nur zwischen Individuen mit überdurchschnittlich vielen

Digitized by Google

Nävi und solchen mit unterdurchschnittlich vielen unterscheidet, so erhält man eine Korrelation von $0{,}64 \pm 0{,}09$.

Bei zweieiigen Zwillingen hat SIEMENS eine Korrelation von $0{,}20 \pm 0{,}19$ gefunden. Nimmt man 0,20 als wahrscheinlichen Wert an, so würde dieser zu der Annahme passen, daß die Nävi etwa zu drei Vierteln von der Erbmasse abhängig wären. Eine dominante Erbanlage von F_2-Häufigkeit würde bei Nichtäußerung in einem Viertel der Fälle eine Korrelation von 0,18 erwarten lassen. Das Ergebnis stimmt also recht gut mit dem bei zweieiigen Zwillingen gefundenen überein.

Der Einwand liegt nahe, daß die Korrelation bei Zwillingen zum Teil durch Umwelteinflüsse bedingt sein könne. Um diesen Einwand auszuschalten, wäre die Korrelation bei zweieiigen Zwillingen mit der bei sonstigen Geschwistern (unter Berücksichtigung des Alters) zu vergleichen. Vorläufig liegen jedenfalls keine Anhaltspunkte vor, daß zweieiige Zwillinge sich in bezug auf ihre Nävi stärker gleichen als andere Geschwister im gleichen Alter. Wenn intrauterine Umwelteinflüsse im gewöhnlichen Sinne von wesentlicher Bedeutung für die Entstehung der Nävi wären, so wäre aber zu erwarten, daß zweieiige Zwillinge einen anderen Grad der Ähnlichkeit hinsichtlich ihrer Nävi aufwiesen als andere Geschwister. Wenn das nicht der Fall ist, so dürften Umwelteinflüsse überhaupt keinen wesentlichen Anteil am Zustandekommen der Nävi haben. Die bisher beigebrachten Tatsachen reichen nicht aus, diese Möglichkeit positiv zu belegen. Was aber sicher gesagt werden kann, ist das, daß die Befunde von SIEMENS zum mindesten nicht gegen eine überwiegende Beteiligung der Erbmasse am Zustandekommen der Nävi sprechen.

Über die Erbbedingtheit der Muttermäler.

(Kurze Entgegnung auf die Ausführungen MEIROWSKYS und LEVENS[1]).

Von

HERMANN WERNER SIEMENS.

Da MEIROWSKY seine Einwände gegen meine Nävusarbeiten schon in der M. m. W. (1, 2) dargelegt hat, ist es wohl nicht nötig und nicht erwünscht, daß ich die Zurückweisung dieser Einwände an dieser Stelle nochmals wiederhole. Ich begnüge mich deshalb damit, auf meine Ausführungen in der M. m. W. hinzuweisen (3, 4), und zwar besonders in bezug auf folgende Punkte:

die Meinungsdifferenz über die Naevi spili;

die angebliche Priorität J. BAUERS bezüglich der systematischen Zwillingspathologie (vgl. dazu 5);

die irrtümliche Angabe, daß meine Schlußfolgerungen bezüglich der Nävusätiologie nur bei restloser Erbgleichheit der eineiigen Zwillinge berechtigt wären;

den angeblichen Beweis für die Erbverschiedenheit der eineiigen Zwillinge 1. durch die Einzelfälle von KÖHLER, NETTLESHIP, JABLONSKI[2]) usw. (vgl. dazu 6), und 2. durch die LEVENSchen daktyloskopischen Befunde (6, 7)[3]);

---

[1]) Diese Wschr., 1924, Bd. 78, S. 555 u. Bd. 79, S. 973. — [2]) In dem Fall J. BAUERS handelte es sich trotz der gegenteiligen Angabe des Autors gar nicht um eineiige Zwillinge (vgl. 4); beide sind sich ganz unähnlich (vgl. COHEN, Kl. W., 1924, im Druck). — [3]) Als Entgegnung auf die LEVENSchen Ausführungen in dieser Wschr. genügt mir der Hinweis auf diese beiden Arbeiten, in denen ich auf LEVENS Schlußfolgerungen ausführlich eingegangen bin.

Digitized by Google

die sowohl anatomisch und entwicklungsgeschichtlich (Sobotta) wie auch zwillingsbiologisch höchst unbegründete und unwahrscheinliche Hypothese J. Bauers (vgl. 5, 8); die sog. contradictio in adjecto, deren ich mich nach J. Bauers Meinung schuldig gemacht haben soll (5).

Dagegen möchte ich — ohne auf diejenigen Worte Meirowskys einzugehen, die mich persönlich verletzen mußten — an dieser Stelle doch einmal betonen, wie vieles Meirowskys und meinen Ansichten gemeinsam ist. Vor allem sind wir doch beide der Überzeugung, daß den individuellen Unterschieden in der Nävusbildung eine erbliche Disposition zugrunde liegt; war doch der klinisch-statistische Nachweis dieser Disposition eines der wesentlichsten Ergebnisse meiner zwillingspathologischen Untersuchungen! Allerdings habe ich das Ausmaß der erblichen Nävusdisposition als gering bezeichnet. Die Berechtigung dieses Urteils ist aber, wie ich glaube, aus dem Vergleich mit den „erblichen" Sommersprossen gut zu entnehmen; denn bei diesen erstreckt sich die erbliche Disposition nachweislich auch auf die spezielle Form (Pigmentgehalt, Größe, Konfluenz) der Epheliden und auf ihre regionäre Lokalisation, während bei den Nävi derartige Erbeinflüsse doch zum mindesten so gering sind, daß sie sich — an einem gleich großen Material — eben noch nicht mit Sicherheit erkennen lassen. Daß die Idiodisposition bei den Nävi beschränkt ist, daß die Auswirkung der nävusbedingenden Erbanlagen von parakinetischen Faktoren stark überlagert wird, hat aber auch Meirowsky neuerdings betont (1); er nennt die Nävi „das klassische Gebiet der Manifestationsschwankungen", und ich glaube deshalb, daß unsere beiderseitigen Meinungen auch über die Größe der erblichen Nävusdisposition durchaus nicht mehr so stark voneinander abweichen, wie es anfangs geschienen hat.

Dazu kommt aber noch ein Umstand, der Meirowskys und meine Ansichten einander sehr nähern kann. Ich habe ja betont, daß ich die Nävi für eine Krankheitsgruppe halte, die auch ätiologisch nicht einheitlich ist. Ich kann mir deshalb gut vorstellen, daß bei einzelnen Nävusformen (z. B. dem sog. Fibroma pendulum) die Idiodisposition größer wäre, als ich sie bisher bei meinen Untersuchungen gefunden habe, so daß sich dann die Verhältnisse denen bei den Epheliden noch etwas nähern würden. Ich habe auch immer betont, daß meine Schlußfolgerungen nur für die von mir beobachteten Nävi gelten. „Daß es Nävi . . . gibt," heißt es in meiner Nävusarbeit, „die erblich bedingt sind, läßt sich vorläufig nicht ausschließen". Mit meinen Anschauungen wäre es also durchaus vereinbar, wenn einzelne Mäler (z. B. die symmetrischen Tierfellnävi) sich als strenger erblich erweisen sollten. Freilich, wahrscheinlich ist das wohl kaum, denn dagegen sprechen nicht nur per analogiam meine Zwillingsbefunde, sondern auch die Tatsache, daß z. B. bei den symmetrischen Tierfellnävi bisher noch niemals familiäres Auftreten beobachtet worden ist, und man kann doch bei einem so auffälligen kongenitalen Leiden nicht annehmen, daß so etwas einfach übersehen worden wäre[1]).

Die Meinungsdifferenz zwischen Meirowsky und mir schrumpft daher bei näherem Zusehen immer mehr zusammen auf die Tatsache, daß ich den einzelnen Nävus (makroskopisch, mikroskopisch und in loco) nicht für in entscheidender Weise erblich bedingt halte, wie es die Voraussetzung der „keimplasmatischen Nävustheorie" ist. Dieser Schluß scheint mir aber in meiner Nävusarbeit genügend begründet zu sein, und ich zweifle nicht daran, daß er bald allgemeine Zustimmung finden wird, so daß es nicht nötig ist, hier näher darauf einzugehen.

Dann aber werden auch die Schwierigkeiten, die Meirowsky in meiner Nävusdefinition sieht, verschwinden. Da diese Definition dem Nävusbegriff im wesentlichen dieselbe Begrenzung geben würde, den er bei den alten Autoren immer gehabt hat, so kann sie doch nicht gar so unmöglich sein. Und warum es undenkbar sein soll, daß anatomisch und klinisch gleiche (oder gleich erscheinende!) Krankheitsbilder ätiologisch

---

[1]) Anmerkung bei der Korrektur: Auch die bisher beschriebenen keratotischen (Samuel, Meirowsky [?]) und pigmentierten (Solger, Meirowsky) familiären Nävi sind für erbliche Bedingtheit (aus früher von mir angegebenen Gründen) nicht beweisend. Der erste Fall, der allen Anforderungen genügt, wurde mir liebenswürdigerweise kürzlich von Herrn Prof. Bettmann mitgeteilt. Es handelt sich um eine strichförmige lichenähnliche Dermatose (Nävus?), die bei sieben Mitgliedern einer Familie (meist am linken Bein) auftrat. Hier liegen engere Beziehungen zu den Erbanlagen offenbar vor. Die Beobachtung ist ein Novum, das weitgehende prinzipielle, wenn auch natürlich nicht verallgemeinernde Schlußfolgerungen erlaubt.

Digitized by Google

verschieden sind, kann ich überhaupt nicht verstehen; derartiges lehrt uns doch die Pathologie alle Tage (z. B. Urtikaria). Daß die sog. Naevi spili bei der Recklinghausenschen Krankheit gewisse Schwierigkeiten bezüglich der Klassifizierung mit sich bringen, habe ich nicht übersehen und deshalb in meiner Nävusarbeit in einer Fußnote auf sie hingewiesen. Ich glaube aber nicht, daß diese Schwie igkeiten unüberwindliche sind. Und selbst die Herausnahme solcher „erblicher nävusartiger Fleckenbildungen" aus der Nävusgruppe wäre doch nicht so absonderlich, wie es bei flüchtiger Betrachtung scheinen könnte; liegen denn die Verhältnisse bei den Sommersprossen nicht ganz analog?

Ich glaube deshalb, daß auch über den Nävus*begriff* eine Einigung möglich sein wird. Vielleicht wird es gut sein, man wartet erst einmal ab, wie sich *andere* Autoren über diese Fragen äußern.

Literatur.

1. Meirowsky, Über die Ursachen der Muttermäler. M. m. W., 1924, 1200. — 2. Derselbe, Die Ätiologie der Muttermäler. Ebenda, 1924, 1365. — 3. Siemens, Über die Ursachen der Muttermäler. Ebenda, 1924, 1202. — 4. Derselbe, Die Ätiologie der Muttermäler. Ebenda, 1924, 1366. — 5. Derselbe, Entgegnung auf die vorstehenden Bemerkungen J. Bauers zur Zwillingspathologie. Klin. Wschr., 1924, 1223. — 6. Derselbe, Zur methodologischen Bedeutung der Zwillingspathologie. M. m. W., 1924, 390. — 7. Desgleichen. (Schlußwort.) M. m. W., 1924, 946. — 8. Derselbe, Die Bedeutung der Zwillingspathologie für die ätiologische Forschung, erläutert am Beispiel der Linkshändigkeit. Sitzungsber. d. Münch. Ges. f. Morphol. u. Physiol. (im Druck).

Spargeldermatitis.

Von

San.-Rat Dr. Alfred Sternthal in Braunschweig.

Die Arbeit von Dr. Siegmund Schönhof über Spargeldermatitis in Nr. 42 der Derm. W., Bd. 79 vom 18. X. 1924 veranlaßt mich zu dieser kurzen Mitteilung.

Die Spargeldermatitis und die Überempfindlichkeit gegen Spargel ist nicht nur den Braunschweiger Ärzten, sondern auch den hiesigen Konservenfabrikanten und -Arbeitern, dem Physikat und den Gewerbeaufsichtsbeamten eine allgemein bekannte Tatsache. Ich selbst kenne diese Krankheit seit dem Beginn meiner Tätigkeit in Braunschweig, seit 37 Jahren. Daß die Spargeldermatitis hier so bekannt ist, erscheint für den Kenner der wirtschaftlichen Verhältnisse des Braunschweiger Ländchens nicht wunderbar. In dieser Stadt und näheren Umgebung bestehen 60 große und mittlere Konservenfabriken[1]) (also die kleineren nicht mit eingerechnet), die in der „Saison" rund 10000 Arbeiter beschäftigen, wovon 90% weibliche sind. Eine einzige mittlere Konservenfabrik verarbeitet in der Saison bei 10stündiger Arbeitszeit täglich 200—250 Zentner Spargel. Eine Arbeiterin von mittlerer Gewandtheit schält jeden Tag bei 10stündiger Arbeitszeit durchschnittlich einen Zentner Spargel. Bei diesen Riesenmassen verarbeiteten Spargels und bei 9000 Arbeiterinnen ist es begreiflich, daß die Spargeldermatitis etwas Alltägliches ist oder, besser, war — denn es sind gewisse Vorsichtsmaßnahmen getroffen, wovon noch die Rede sein wird —, da sich immer eine gewisse Anzahl überempfindlicher Menschen unter dieser Masse befinden, die je nach dem Grade ihrer Empfindlichkeit sofort oder erst nach Verarbeitung der großen Mengen erkranken. Die Dermatitis, von den Konservenfabrikanten und -Arbeitern als „Spargelkrätze" bezeichnet (eine ähnliche Erkrankung kommt auch in der „Bohnenkampagne" bei Verarbeitung der Bohnen vor), tritt in jedem Frühjahr während der von Ende April bis 21. Juni dauernden „Spargelsaison" auf und zeigt alle Übergänge von der einfachen Hautröte bis zur schwersten blasenbildenden Hautentzündung. Nicht nur die Spargelschälerinnen, sondern auch die Sortiererinnen, die den Spargel in die vier Handelssorten auszusondern haben, erkranken und ferner zahlreich die Spargelplantagenangestellten, die den Spargel stechen, sammeln, wiegen und auch schon grob sortieren. Da hier der Spargel angebaut wird wie ander-

[1]) Diese Angaben verdanke ich den Mitteilungen des Herrn Konservenfabrikanten H. Querner jun., dem ich hierfür bestens danke.

Digitized by Google

wärts Getreide oder Kartoffeln, da Tausende Hektar Landes also mit Spargel bepflanzt sind, so kann man sich vorstellen, wieviel Personen dadurch der Gefahr der Dermatitis ausgesetzt sind, falls sie überhaupt empfindliche Haut haben.

Die Häufung dieser Fälle im Jahre 1914 hat zu einem Einschreiten des Gewerbeaufsichtsamtes geführt[1]). Am 22. Juni 1914 schrieb diese Behörde an die „Handelskammer für das Herzogtum Braunschweig": „Es ist bekannt[2]), daß die bei der Verarbeitung der Gemüse beschäftigten Personen, deren unbedeckte Arme mit den Säften der Rohgemüse in der Spargel- und in der Bohnenkampagne in ständige Berührung kommen, leicht an einer rauhen und aufgesprungenen Haut leiden. Eine eigentliche Gewerbekrankheit, die sogenannte Spargel- oder Bohnenkrätze tritt erfahrungsgemäß (und in der Regel wiederkehrend bei schon früher beschäftigten Personen) bei solchen Arbeiterinnen auf, die eine überaus empfindliche Haut haben. In vielen Fällen sind solche Personen von der früheren Beschäftigung her den Fabrikanten bekannt, und man sollte daher grundsätzlich solche Frauen und Mädchen nicht zur Verarbeitung der Rohgemüse einstellen. Neueingestellte, vorher noch nicht beschäftigte Arbeiterinnen, die nach ihrer Einstellung der Erkrankung zuneigen, sollten sofort von der Beschäftigung ausgeschlossen werden." Des weiteren richtete das Amt gemäß § 11 seiner Dienstanweisung an das Herzogliche Stadtphysikat „das Ersuchen, vom ärztlichen Standpunkt aus zu der Frage, was am besten zu geschehen habe, Stellung zu nehmen und geeignete Vorschriften zur Vorbeugung und Behandlung der Erkrankung und namentlich aber auch nach der Richtung hin in Vorschlag zu bringen, daß erkrankte Personen möglichst wenig zu der Beschäftigung zugelassen werden". Diesen Mitteilungen lag die Photographie eines schweren Falles von Dermatitis mit hochgradiger Blasenbildung bei. Und hierzu bemerkt das Amt: „Ich will noch bemerken, daß die Photographie einen bereits ziemlich schweren Erkrankungsfall darstellt, wie er bei pflichtgemäßer Aufsicht — nämlich bei rechtzeitiger Unterbrechung der Arbeit — nicht hätte eintreten dürfen."

Bereits am 3. Juli 1914 hat sodann Kreisarzt Obermedizinalrat Dr. Roth sein Gutachten abgegeben, in dem er klar den Zusammenhang zwischen Ursache (Spargel- resp. Bohnensaft) und Wirkung (Dermatitis) feststellt, die Erkrankung in Analogie zu ähnlichen Berufsdermatosen (Bäckerkrätze, Terpentinausschlag, Karbolekzem der Ärzte usw.) bringt und erwähnt, daß „die Erkrankung nicht bei allen Personen auftritt", sondern nur bei solchen, die eine besondere „Empfindlichkeit der Haut" haben, „die individuell verschieden ist". Er fährt dann fort: „Dabei geben weder Konstitution noch Alter noch Geschlecht irgend einen Anhaltspunkt, warum dieses oder jenes Individuum daran erkrankt. Daraus geht hervor, daß eine ärztliche Untersuchung nicht von vornherein feststellen kann, wer dazu neigt, wer nicht. Wenn aber einmal jemand davon befallen ist, so tritt die Erkrankung in der Regel wieder auf, sobald derselbe Reiz die Haut wieder trifft, ja meistens wird die Empfindlichkeit allmählich immer stärker." Als einzige praktische Abhilfe schlägt der Kreisarzt vor, „alle diejenigen Personen, von denen man weiß, daß sie daran leiden oder gelitten haben, von der Beschäftigung auszuschließen", da bei den Spargelschälerinnen Beschäftigung mit Schutz von Gummihandschuhen oder mit eingefetteter oder geölter Haut nicht durchführbar ist.

Man sieht also, daß das Gewerbeaufsichtsamt im Jahre 1914 seine Zuschrift an die Handelskammer mit den Worten einleitet: „Es ist bekannt, daß die bei der Verarbeitung der Gemüse beschäftigten Personen . . . . leicht an einer rauhen und aufgesprungenen Haut leiden" und daß „eine eigentliche Gewerbekrankheit, die sogenannte Spargelkrätze erfahrungsgemäß bei solchen Arbeiterinnen auftritt, die eine überaus empfindliche Haut haben". Man sieht weiter, daß der Kreisarzt schon 1914 wußte, daß 1. der Spargelsaft die Erkrankung auslöst, 2. daß „eine besondere Empfindlichkeit der Haut, die individuell verschieden ist, dazu gehört", die Dermatitis zu bekommen, 3. daß die Erkrankung „in der Regel wieder auftritt, sobald derselbe Reiz die Haut wieder trifft", 4. daß „meistens die Empfindlichkeit allmählich immer stärker wird", 5. daß die einzige Möglichkeit, die Arbeiterinnen zu schützen, darin besteht, sie von der weiteren Beschäftigung mit Spargel auszuschließen.

Die Handelskammer hat dann unter dem 10. Juli 1924 „an sämtliche Konservenfabriken der Stadt Braunschweig die dringliche Aufforderung ergehen lassen, solche Personen, von denen man weiß, daß sie an sogenannter Bohnen- bzw. Spargelkrätze

[1]) Für die Überlassung der Akten und Veröffentlichungen des Gewerbeaufsichtsamtes bin ich dieser Behörde zu größtem Dank verpflichtet. — [2]) Von mir gesperrt.

Digitized by Google

leiden oder gelitten haben, von der Beschäftigung auszuschließen". Weiter hat der „Jahresbericht der Gewerbeaufsichtsbeamten des Staates Braunschweig für die Jahre 1914—1918[1]) auf S. 15—16 das Gutachten des Kreisarztes noch einmal kurz wiedergegeben und einen Holzschnitt jener Photographie von bullöser Spargeldermatitis beigefügt.

Daß man durch Genuß gekochten Spargels eine eben abgeklungene Spargeldermatitis wieder entfachen kann, ist hier ebenfalls bekannt. Es gelingt aber nicht bei jedem an Spargeldermatitis Leidenden, bleibt vielmehr eine seltene Ausnahme. Bei den meisten ist die Erkrankung eine rein äußerliche, lediglich durch Berührung mit dem Saft des rohen Spargels zu erzeugende. Ganz selten — ich habe es in den langen Jahren nur zweimal gesehen — ist bei einzelnen überempfindlichen Menschen auch die idiosynkrasische Reaktion der Magen- und Darmschleimhaut mit Erbrechen, Durchfall und unter begleitendem Fieber. Ähnliches hat übrigens auch schon Lewin[2]) mitgeteilt, der auf einen Fall von Purpura nach Genuß von Spargel hinweist. „Nach Vermeidung der Schädlichkeit verschwand die Krankheit, um sofort wiederzukehren, nachdem wiederum von dem Spargel etwas aufgenommen worden war. Manche Menschen sind so empfindlich gegen Spargel, daß sie schon bei dem Berühren der rohen Pflanze Nebenwirkungen bekommen."

Mit diesen Feststellungen soll das Verdienst der Schönhofschen Arbeit nicht geschmälert werden, sie sollen nur zeigen, daß die Überempfindlichkeit gegen Spargel und die Spargeldermatitis doch nicht so unbekannt sind, wie Schönhof angenommen hat, daß sie vielmehr für uns hier etwas Alltägliches sind[3]).

Zur Symptomatologie der chronischen Prostatitis und Spermatozystitis mit Bemerkungen über prophylaktische Massage und periodische Behandlung der Prostata.

Von

Dr. Emanuel Wohlstein in Bad-Pistyan (Tschechoslowakei).

Die Mannigfaltigkeit der klinischen Symptome der chronischen Prostatitis ist wohlbekannt. Erscheinungen von seiten der Genitalsphäre und des Harnapparates, Beschwerden rein örtlicher und allgemein nervöser Natur finden wir in variabler Kombination bei der chronischen Prostatitis. Ich will diesbezüglich auf die grundlegenden Arbeiten Goldbergs und v. Notthaffts hinweisen. An der Hand meiner Beobachtungen kann ich einiges Bemerkenswertes zur Symptomatologie der chronischen Prostatitis und Spermatozystitis hinzufügen.

Fall 1. K. S., seit 1918 Beschwerden, zusammenhängend mit einer gonorrhoischen Urethritis. Status, den 10. VI. 1923: Morgentropfen, zeitweise Hodenschmerzen, ausstrahlende Schmerzen in die Inguinal- und Oberschenkelgegend. Kreuzschmerzen, ischiatische Beschwerden. Darmstörungen, Gefühl einer wandernden Kugel in der Regio hypogastrica. Pat. ist arbeitsunfähig, von Beruf Gärtner. Eine besondere nervöse Komponente ist objektiv nicht nachweisbar. Zweigläserprobe: die erste Portion enthält Filamente vom Kommatypus. Im Morgensekret: L. +++, Ep. ++, Bakterien von verschiedenartigem Kokkentypus. Prostata links vergrößert, fluktuierende Tumoren tastbar. Im Prostatasekret massenhaft Leukozyten. Therapeutisch wende ich Kaseosan intramuskulär, Arzberger und Prostatamassage an. Auffallend ist die schnelle Besserung und das rasche Rezidivieren nach Abstellen der Behandlung. In einer Woche füllen

---

[1]) Berlin 1919, gedruckt in der Reichsdruckerei. — [2]) Lewin, Die Nebenwirkungen der Arzneimittel, 3. Aufl., Berlin 1899, S. 573. — [3]) Anmerkung der Redaktion: Hierzu sei bemerkt, daß bereits vor Schönhof in dieser Wochenschrift, 1920, Bd. 71, eine einschlägige Mitteilung von San.-Rat Dr. Brenning in Berlin gemacht worden ist.
Rille.

Digitized by Google

sich wieder die zystischen Tumoren der Prostata, und die alten Beschwerden melden sich etwas abgeschwächt wieder. Ich habe angenommen, daß durch das lange Bestehen der subakuten Prostatitis die Drüsenazini in einen Dehnungszustand geraten wären und füllen sich nach Entleerung ex vacuo sehr schnell. Allerdings ist hierzu das Fortbestehen des Entzündungszustandes der Drüsenschläuche notwendig, denn die Leukozytenzahl war auch später im Prostatasekret über der Norm. Langdauernde intermittierende Behandlung mit allen zur Verfügung stehenden Mitteln der Prostatatherapie hat den Kranken in einen leidlich guten Zustand versetzt, jedoch zeigt sich der Pat. ein- bis zweimal monatlich, und nach der vorgenommenen Prostatamasage fühlt er sich eine Zeitlang wesentlich besser.

Fall 2. V. S., vor 15 Jahren Urethritis gonorrhoica. Seit einem Jahre Brennen und Schmerzen in der Urethra. Schmerzen in der Blasen- und Kreuzbeingegend. Appetitlosigkeit. Angaben über wandernde Schmerzen in der Nabelgegend, bei leerem Magen und in der Nacht sind die Beschwerden ausgeprägter. Auch über eine wegmassierbare Kugel in der Regio hypogastrica macht der Pat. Angaben. Im Urin zeitweise Membranen. Status, 30. VII. 1923: Fast derselbe wie beim vorigen Kranken. Nach einigen Massagen verschwinden sämtliche Beschwerden und wiederholen sich nach Einstellen der Massagebehandlung. Allerdings konnte bei diesem Pat. nach einigen Wochen im Prostatasekret keine vermehrte Leukozytenzahl mehr festgestellt werden. Das Prostatasekret war klar, aber sehr reichlich, und die Beschwerden flackerten immer wieder auf. Dieser Pat. befindet sich in einem Zustand, daß er sich monatlich einmal zu einer Prostatamassage einstellen muß. Es muß daher angenommen werden, daß auch bei rein seröser Exsudation die erweiterten Drüsen immer wieder gefüllt werden und die Beschwerden lediglich mit dem zystischen Füllungsgrad der Drüsenschläuche zusammenhängen. Ich hatte Gelegenheit, noch einige ähnliche Fälle zu beobachten, welche entweder dem Fall 1 oder 2 analog einzuschätzen waren.

Fall 3 ist eine Kombination mit ausgeprägter Spermatozystitis und verdient besonderes Interesse. K. J., vor zwei Jahren Urethritis totalis gonorrhoica, trotz verschiedenartiger Behandlung keine endgültige Besserung. Status, 24. VI. 1923: Ergibt eine chronische Prostatitis und Spermatozystitis als Hauptursache der verschiedenartigen Beschwerden. Dieser Fall verlief analog dem ersten. Es ist nur zu erwähnen, daß nach einer Prostatamassage, wobei die Samenbläschen mitmassiert wurden, der Kranke einen Herpes progenitalis bekam. Nach einigen Wochen wurde hierauf eine forcierte Massage der Samenbläschen vorgenommen und derart eine frische Herpeseruption provoziert. Dieser Versuch ist seither nicht immer gelungen.

Fall 4. G. R., intelligenter Pat., gibt an, im Jahre 1920 eine Urethritis anterior acuta gonorrhoica gehabt zu haben. Die Erkrankung heilte ohne Komplikationen in vier Wochen ab. Die Behandlung leitete ein klinischer Assistent, welcher nach entsprechender Reizbehandlung (Arthigoninjektion und Lapisinstillation) den Pat. geheilt entließ. Im Februar 1924 ließ sich der Kranke 14 Tage nach einem Coitus condomatus, ohne die geringsten Beschwerden zu haben (nur weil von derselben Frau ein Bekannter angesteckt wurde), eine provokatorische Lapisinstillation machen. Nachher im Urethralsekret Gonokokken und 4 Tage später Epididymitis links. Status, 1. VI. 1924: Subakute Epididymitis links und Prostatitis. Dieser Fall ist von großem Interesse, denn wenn man nicht annimmt, daß der Pat. durch die provokatorische Instillation infiziert wurde (instrumentelle Infektion), was bei einer 2%igen Lapisinstillation kaum anzunehmen wäre, so müssen wir voraussetzen, daß eine anscheinend in der Anterior lokalisierte Urethritis schleichend, ohne je ein Zeichen für eine Posteriorerkrankung zu bieten, eine symptomlos verlaufende Prostatitis resultierte, welche bei der Provokation aufflackernd die Epididymitis verursachte. Eine neue Infektion durch den letzten Koitus ist aus mehreren Gründen nicht wahrscheinlich. Abgesehen davon, daß es sich um einen Koitus mit Präservativ handelte, ließ das Bild der Prostatitis einen alten Prozeß vermuten, außerdem fehlten die Zeichen einer akuten Urethritis anterior.

Fall 5. H. J. zeigt sich am 13. XI. 1923 bei mir mit einer Urethritis anterior non gonorrhoica. Vorher keine Geschlechtskrankheit. Nach einigen Druckspülungen mit Hydrargyrum oxycyanatum 1:10000 kommt der Prozeß zum Stillstand und ich nehme Heilung an. Am 15. VI. 1924 stelle ich beim Pat. eine chronische Prostatitis fest, obzwar er inzwischen gar keine Zeichen einer Harnröhrenentzündung zeigte. Es muß hier ausdrücklich betont werden, daß ich bei der ersten Untersuchung den Prostatatastbefund und den mikroskopischen Prostatasekretbefund als normal fand. Es kann sich also in diesem Falle nur um eine agonorrhoische Prostatitis handeln, welche sich

Digitized by Google

schleichend auf Basis einer scheinbar abgeheilten Urethritis anterior non gonorrhoica entwickelte.

Ähnliche Fälle, bei welchen mehr oder minder einwandfrei festzustelllen ist, daß nach einer schnell abgeheilten Anteriorerkrankung sich eine chronische Prostatitis mit allen ihren Folgeerscheinungen entwickelte, habe ich einige beobachtet. Ich habe natürlich größtes Gewicht darauf gelegt, in allen diesen Fällen eine sorgfältige Anamnese aufzunehmen, denn es könnte ja der Fall sein, daß die Prostataerkrankung von einer früher durchgemachten Adnexgonorrhoe zurückgeblieben ist. Ich bin der Ansicht, daß diese Fälle viel häufiger vorkommen, als man es im allgemeinen anzunehmen geneigt ist.

Bezüglich Fall 1, 2 und 3 will ich bemerken, daß die Hartnäckigkeit gewisser chronischen Prostataentzündungen gegenüber unseren therapeutischen Bemühungen lediglich darin begründet ist, daß die Erweiterung der Drüsengänge einen Zustand schafft, der oft trotz Eliminieren der Entzündungsursache durch gesteigerte Drüsensekretion aufrecht gehalten wird. Hieraus kann noch ein wichtiger Schluß gezogen werden, nämlich daß die Ursache der Folgezustände bei chronischer Prostatitis wenigstens teilweise durch diese Hypersekretion bedingt ist. Ob es der Druck auf gewisse Nervenganglien oder Störungen des innersekretorischen Gleichgewichtes, vielleicht gar beide Komponenten sind, ist schwer zu entscheiden. Allerdings ist es auffallend, daß in all diesen Fällen zumeist ausstrahlende Schmerzen, Darmstörungen und nervöse Störungen allgemeiner Natur zu beobachten sind und daß diese Beschwerden sich nach Prostatamassage sehr schnell bessern. Es ist schwer anzunehmen, daß die verhältnismäßig kleinen Prostatatumoren rein mechanisch diese mitunter schweren Folgeerscheinungen auslösen könnten, und hiermit sei auch gleichzeitig darauf hingewiesen, daß die Wirkung der Prostatamassage keine rein mechanische ist. Durch die bessere Durchblutung wird das Eliminieren gewisser Krankheitsprodukte befördert, die Heilungstendenz der pathologischen Veränderungen wird besser, vielleicht wirkt aber auch Überlastung des Organs lokalstörend, es ist sogar plausibel anzunehmen, daß auch die innersekretorische Mitbeteiligung der Prostata durch die Massage beeinflußt wird. Allerdings findet man bei manchen Prostatitiden Stränge und Adhäsionen, welche manches Symptom verständlich machen. Ich halte es für angezeigt, an dieser Stelle einiges über Anatomie, Physiologie und feinere Struktur der Prostata anzuführen. Die Prostata setzt sich aus einem fibromuskulären und drüsigen Anteil zusammen, wobei die bindegewebigen und muskulösen Fasern ein Maschwerk bilden, welches die Drüsen zwischen sich trägt. Erschlaffung des Bindegewebstonus und der Muskelfasern bei Überfüllung der Drüsenbestandteile, wie wir es bei chronischer parenchymatöser Prostatitis annehmen, kann zu einem irreparablen Zustand werden, welcher durch Massage zwar gebessert, nicht immer aber geheilt werden kann. Die Wirkung der Massage besonders auf den muskulösen Anteil der Prostata ist unzweifelhaft. Der bindegewebige Anteil des Maschwerkes geht in die Prostatakapsel über, der muskulöse nimmt an der Bildung des Sphincter vesicae internus und externus teil und geht teilweise in die Muskularis der Blase über. Ein Teil der ausstrahlenden Schmerzen gegen Blase und

Digitized by Google

Penisschaft bei chronischer Prostatitis wird hierdurch leicht erklärlich. Die Drüsensubstanz der Prostata ist rektalwärts stärker entwickelt, während gegen die Facies pubica das Stützwerk der Drüsensubstanz überlegen ist. An dieser Fläche liegt auch der große Venenplexus (Santorini). Hierdurch ist es verständlich, daß bei den geschilderten parenchymatösen Formen der chronischen Prostatitis die Hauptveränderungen rektalwärts liegen und symptomatisch sehr leicht beeinflußbar sind. Im fibromuskulären Stützgerüst laufen die feinen Blutgefäße und Nervenfasern, dadurch ist es möglich, daß diese durch die Drüsenerweiterungen wesentlich beeinflußt werden. Das Venengeflecht um die Drüsen (Plexus periprostaticus) kann unter pathologischen Verhältnissen mächtig anschwellen und täuscht mitunter Hämorrhoidalbeschwerden vor. Massage kann daher Stauungszustände in der Prostata günstig beeinflussen. Nebenbei sei es erwähnt, daß ich versuchsweise bei sonst gesunden mit Sexualneurasthenie behafteten Personen durch Prostatamassage Erleichterungen erzielt habe, häufige Pollutionen, Prostato- und Spermatorrhoe gelang es mir auch durch einige Massagen zu beeinflussen. Der Schwerpunkt der chronischen Gonorrhoebehandlung bei Adnexbeteiligung ist die Prostata, und darum wäre das Wichtigste, einer Prostatitis vorzubeugen. Der Vorschlag Janets hat viel für sich, doch hat er sich in der Praxis zu wenig eingebürgert. Man massiere die Prostata schon bei den ersten Anzeichen der Posteriorbeteiligung und spüle die hintere Harnröhre täglich zweimal. Ich warte nicht so lange, ich massiere bei jeder akuten Anterior schon am Ende der zweiten Woche, auch wenn gar keine Anzeichen einer Posteriorerkrankung vorhanden sind, und habe bei derartig behandelten Fällen noch keinen einzigen Fall einer Prostatabeteiligung erlebt. Allerdings entziehen sich manche Patienten dieser Behandlungsmethode. Es wäre bei dieser Art prophylaktischer Prostatamassage in Betracht zu ziehen, daß dem Kranken während dieser Behandlungszeit auferlegte Abstinenz in venere und die Schleimhautreizung zu häufigen nächtlichen Erektionen führt und diese derart auch im günstigen Sinne beeinflußt werden, das Organ ist außerdem besser durchblutet und kann sich bei eventuellem Eindringen der Bakterien von der Harnröhre aus energischer gegen ihre Ansiedlung schützen.

Bei schon entwickelter Prostatitis ist kaum mit einer Abortivheilung oder Ausheilen durch einen Behandlungszyklus zu rechnen. Bei den erwähnten Fällen chronischer parenchymatöser Prostatitis ist das Wiederherstellen des Status quo ante kaum erreichbar, allerdings sind bei entsprechender Behandlung weitgehende Besserungen zu erzielen, gelegentlich könnte durch energische Massagen das Stützgerüst der Prostata eine Tonuserhöhung und dadurch die Drüsen einen dem normalen entsprechenden Entleerungsmechanismus erreichen. Bei allen Fällen der chronischen Prostatitis hat man sich prinzipiell an die periodische Behandlung zu halten, obzwar manche Fälle interstitieller Prostatitis mit einem Behandlungszyklus radikal heilbar sind. In den letzteren Fällen ist wenigstens eine periodische Kontrolle einzuführen. Bei den rezidivierenden Formen behandle man 2—4 Monate lang und schalte dann 1—2-, später 3-, 4—6monatliche Pausen ein und beschränke sich dann auf halbjährliche Revisionen. Die Resultate werden sicherlich sehr gut sein; ohne ener-

Digitized by Google

gischere Maßnahmen zu verwenden, bloß mit Prostatamassage eventuell nach vorheriger Anwendung der ARZBERGERschen Durchwärmung, und einer nach der Massage anzuwendenden Durchspülung der Harnröhre kann man mit Konsequenz und Ausdauer auch in anscheinend verzweifelten Fällen so manches leisten. Es sind das bekannte Tatsachen, doch werden sie zu wenig gewürdigt. Noch auf eines will ich hinweisen, was so oft besonders von praktischen Ärzten vernachlässigt wird. Bei jeder Harnröhrenaffektion ist die Prostata zu untersuchen. Dann werden wohl die Fälle verschwinden, die man so oft zu sehen bekommt, bei welchen nämlich nach monate- ja sogar jahrelanger Urethralbehandlung dem Arzt nicht einfällt, die Prostata zu untersuchen, abgesehen davon, daß schleichende und ohne subjektive Symptome verlaufende Prostatitiden bei nicht konsequentem Vorgehen auch dem Fachmanne entgehen können.

Die Prostataerkrankungen sind überaus häufig, werden vom praktischen Arzte stiefmütterlich behandelt, obzwar sie besonders bezüglich symptomatischer Beeinflussungsmöglichkeit ein sehr dankbares Betätigungsfeld bieten.

Referatenteil

redigiert von Dr. MARIE UNNA, Hamburg-Bergedorf.

Fachzeitschriften.

Journal d'Urologie.

1924, Bd. 18, Nr. 2.

Zur Frage des forcierten Ureters (A propos de l'urétère forcé), von G. Gayet-Lyon. S. 105. Der Autor gibt von einem Falle Scheeles Bericht, der ihm wegen der Schwierigkeit der Beschaffung deutscher Literatur, und weil der Titel der betreffenden Publikation nicht auf den Inhalt hindeutete, entgangen war. Es handelt sich um die Arbeit: Über Vergrößerungsplastik der narbigen Schrumpfblase in Bruns Beiträgen zur klinischen Chirurgie, Bd. 129, H. 2. Scheeles Fall lag insofern günstiger als die beiden entsprechenden Fälle Gayets, als bei seiner Pat. bei Rückenlage, also in der Nacht keine Inkontinenz bestand. Die Schaffung eines künstlichen Divertikels durch eine aus ihrem Zusammenhang gelöste und der Blase angefügte Darmschlinge hatte ein gutes Resultat zur Folge.

Zur Frage der Ableitung des Urins bei inoperablem Blasenkrebs durch doppelseitige Nephro- oder Ureterostomie (A propos de la dérivation des urines dans les cas de cancer inopérable de la vessie par la néphro- ou urétérostomie bilatérale), von A. Damski-Smolensk. S. 108. Bei inoperablen Blasenkrebsen bringt eine Blasenfistel oft keine Besserung der Beschwerden, die Implantation der Ureteren in den Darm führt meist schnell zum Tode. Legueu und Papin empfehlen als Methode der Wahl Nephro- bzw. Ureterostomie, wenn auch das Studium ihrer eigenen Fälle zeigt, daß man kaum von einem tatsächlichen Erfolge sprechen kann. Der Verf. hat bei einem eigenen Falle eine hohe Ureterostomie ausgeführt (nach Rovsing), doch hielten die entsetzlichen Beschwerden des Pat. an, der am achten Tage nach der Operation starb. Schuld an den Schmerzen hätte vielleicht die Sekretion des Tumors in Abwesenheit des verdünnenden Urins gehabt, die reizend und die Kontraktionen der Blase vermehrend gewirkt haben könne. Nephro- und Ureterostomie scheint also nur indiziert, wenn man auf absolute Ruhigstellung der Blase rechnen kann, dagegen nicht, wenn dem Urin reichlich Tumorsekretion beigemischt ist.

Digitized by Google

Über einen Fall amyloider Degeneration der Niere (A propos d'un cas de dégénerescence amyloide du rein), von R. Lévy und M. Négro. S. 113. Hochgradig kachektische Frau von 23 Jahren, die seit 18 Monaten seit einer Entbindung einen fistelnden Eiterherd in der linken Hüftgegend aufweist; massive Albuminurie; Sediment o. B.; Kochsalzretention und erhebliche Ödeme; Leber und Milz geschwollen, hart; Durchfälle. Die Diagnose Amyloidose erscheint durch die klinischen Symptome gesichert. Nach der operativen Entleerung des primären Eiterherdes auffallende und weitgehende Besserung. Man sieht daraus wieder den Wert eines entsprechenden chirurgischen Eingriffs auch für die Funktion einer von Amyloidose betroffenen Niere.

Plasmom der Blase (Plasmocytome vésical), von G. Marion und Leroux. S. 121. 44jähr. Bauer. Verdacht auf Blasentuberkulose. Enge Harnröhrenstriktur. Urethrotomia interna. Zystoskopie: Vegetationen. Breite Eröffnung der Blase: ganze Schleimhaut erkrankt, weiche, nicht ulzerierte, hirnwindungsartige Massen. Ureterenkatheterismus von der Wunde aus: Urin beiderseits eitrig, reichlich Staphylokokken. Kein Zeichen für Tuberkulose. Kürettage der Blase, später unter Radiumbehandlung solche Besserung, daß der Pat. trotz noch bestehender Fistel seine Tätigkeit wieder aufnehmen kann. Er soll nochmals mit Radium behandelt werden. Die mikroskopische Untersuchung der Tumormassen ergab das Vorhandensein eines Plasmoms oder besser eines Rundzellentumors mit Neigung, sich zu einem solchen zu entwickeln.

Die Behandlung der Harnröhrenfollikulitiden und besonders der Abszesse in der Gegend des Frenulums mittels Hochfrequenz (Du traitement des folliculites urétrales et en particulier des abcès de la région du frein par les courants de haute fréquence), von Busson. S. 124. Die Frenulumabszesse sind manchmal schwer zu diagnostizieren. Wichtig dafür ist das Erscheinen eines Tröpfchens Eiter nach der Miktion und gründlicher Spülung. Meist Gonokokken +. Auch die urethroskopische Diagnose erweist sich oft als schwierig. Diese Abszesse sind der gewöhnlichen Therapie (Spülungen, Injektionen, Dilatationen) schwer zugänglich. Man erzielt oft Heilungen durch Hochfrequenz-Stromanwendung mit nachfolgender Abortivbehandlung.

1924, Bd. 18, Nr. 3.

Allgemeinzustand und Bau des Hodens 2 Jahre nach der Resektion des Samenleiters (Etat général et structure du testicule deux ans après la résection du canal déférent), von E. Retterer. S. 201. Die Resektion des Samenleiters führt eine Verlangsamung des Lebens des Hodens herbei, die auf funktioneller Untätigkeit beruht. Wohl werden noch Spermatozoiden gebildet, die aber bei Verdichtung des sie umschließenden Zytoplasmas nicht frei beweglich werden. Das interstitielle Bindegewebe hypertrophiert ebenfalls nicht, seine Zellelemente werden spärlich, es nimmt den Charakter eines fibrösen Gewebes an und erscheint unfähig, die Rolle eines drüsigen Organes zu spielen. Die Senkung der Vitalität äußert sich in einer Abschwächung der Geschlechtslust und der Potenz. Aus den Befunden an den Hoden geht hervor, daß die innere Sekretion an das Epithel der Samenkanälchen gebunden ist.

Klinische und operative Erwägungen an der Hand von 13 Fällen von Blasendivertikeln (Considérations cliniques et opératoires au sujet de treize cas de diverticules vésicaux), von M. Négro und H. Blanc. S. 217. Blasendivertikel treten meist erst nach dem 40. Lebensjahre in Erscheinung. Sie finden sich häufiger bei Männern als bei Frauen. Die lateralen Divertikel sind häufiger als die des Blasengrundes. Das Volumen schwankt von der Größe einer Haselnuß bis zu der einer Orange, je zahlreicher sie sind, um so kleiner pflegen sie zu sein. Sie bieten keine eigentlichen Symptome, abgesehen vielleicht von der — seltenen — Miktion in zwei Zeiten. Die Symptomatologie ergibt sich aus den Komplikationen: Zystitis, Stein, Blutung, Pyelonephritis. Diagnostisches Vorgehen: Zystoskopie, Zystoradiographie, Radiographie. Schwierigkeiten dürften sich nur ergeben, wenn einmal ein Uratstein ein Divertikel, das eine unsichtbare Kommunikation mit der Blase hat, vollkommen ausfüllen sollte. Die Behandlung soll stets in chirurgischem Vorgehen bestehen. Sehr gute Photogramme und instruktive Zeichnungen.

Eben beginnende Tuberkulose der Niere; kein funktioneller Ausfall; Nephrektomie; Heilung (Rein tuberculeux atteint de lésions minimes; pas de déficience fonctionnelle; Néphrectomie. Guérison), von A. Boeckel-Straßburg. S. 248. 17jähr. Mädchen mit Hämaturien von Zeit zu Zeit. Urin klar. Bei Urin aus der linken Niere im Tierversuch Tbc. +. Nach $^1/_2$ Jahre leichte Pyurie aus der linken Niere, Tbc.-Bazillen +. Daraufhin endlich Einwilligung zur Operation. Nephrektomie, glatte Heilung.

Digitized by Google

Es zeigte sich, daß nur an der Spitze einer einzigen Papille ein tuberkulöser Herd von der Größe eines Gerstenkornes bestand. Bemerkenswert ist, daß die funktionellen Proben auf der kranken Seite zum Teil günstiger ausfielen als auf der gesunden. Nur die Phenolsulfophtaleinprobe ergab links einen geringen Ausfall, erwies sich also in diesem Falle als zuverlässig.

Ein seltener Fall von Einklemmung der Blase im Schenkelring (Un cas rare d'incarcération de la vessie dans l'anneau crural). von St. Laskownicki-Lemberg. S. 251. Symptome der inkarzerierten Hernie bei einer 65jähr. Frau. Die Diagnose, daß es sich um die eingeklemmte Blase handelte, wurde erst bei der Operation nach Inzision des Tumors gestellt (da man die Pat., welche 1 Stunde vorher spontan uriniert hatte, nicht katheterisiert hatte; der Ref.). Naht der Blase, Reposition, Naht der Operationswunde, nach Zystitis bald endgültige Heilung. Bericht über im ganzen 16 Fälle aus der Literatur.

E. Sklarz-Berlin.

Japanese Journal of Dermatology and Urology.

1924, Bd. 24, Nr. 4.

Favus an unbehaarrten Körperteilen, von A. Takahashi und T. Takenouchi, Derm. Urol. Kl. Staatl. med. Akad. Niigata. S. 31. In den nördlichen Gegenden Japans, wo die Einwohner unter wenig hygienischen Verhältnissen leben, zeigte sich außer zahlreichen Fällen von Favus des Kopfes die Krankheit bei 22 Kindern auch an unbehaarten Körperstellen (Gesicht, Ohrmuschel, Arm, Bauch und Nacken). Makroskopisch war der Favus dieser Stellen etwas verändert, nicht immer waren echte Skutula sichtbar. Die Verf. unterscheiden danach neben dem Favus scutularis den F. pseudoscutularis, den F. herpeticus und den F. squamosus, aber in allen diesen Fällen ließ sich mikroskopisch oder kulturell das Achorion Schönleini nachweisen. Die Überimpfung auf die rasierte und lädierte Kaninchenhaut war fast immer positiv mit Skutulabildung; auf der unbehaarten Haut des Menschen gelang die Überimpfung äußerst selten, eine Skutulabildung entstand nie. Auf Grund ihrer Untersuchungen glauben die Verff., daß bei dem Favus des Menschen auf den sogenannten unbehaarten Körperstellen zuerst die Follikel der Lanugohaare vom Achorion infiziert werden.

Über die Behandlung der Lepra mit intravenösen Injektionen von Chaulmoograöl und seinen Derivaten (On the Treatment of Leprosy by the Intravenous Injection with Derivatives of Gynocard Oil), von T. Aoki, M. Kawamura, Y. Kamikawa u. T. Fukamachi. S. 33. Ein Äthylester und andere ähnliche Derivate des Chaulmoograöls zeigten sich als geeignet für die intravenöse Applikation und wurden sowohl im Tierexperiment als auch vom Menschen recht gut vertragen; abgesehen von kleinen Lungenembolien, die aber ohne nachhaltige Folgen blieben. Experimentell erwies sich ein lösliches Natriumpräparat „Leprol" als am besten verträglich. Was nun die Heilerfolge dieser Mittel bei der Lepra anbetrifft, so ist die Wirkung keineswegs zuverlässig. Bei einem kleinen Teil Lepröser war eine sichere Besserung festzustellen, es handelte sich meist um frische und leichte Fälle. Bei vielen waren die Injektionen wirkungslos. In wenigen Fällen trat eine Verschlechterung ein.

A. de Lemos-Hamburg.

Česká Dermatologie.

Bd. 6, Nr. 3.

Behandlung des Lupus vulgaris mit Radium, von F. V. Novák-Weinberge. Erfahrungen an 400 mit Radiumemanation behandelten Fällen (mittels eines vom Autor konstruierten Apparates in Form einer annähernd eliptischen Kapsel aus 0,3—0,5 mm dickem Glas, die direkt aufgelegt wird). Das Radium ist kein spezifisches Heilmittel gegen Lupus vulgaris, das in einem jeden Fall eine vollkommene Heilung garantieren würde; aber es ist ein Mittel, das bei geeigneter Konstruktion entzündlich und bakterizid wirken kann und daher geeignet ist, den Lupus vulgaris in der Mehrzahl der Fälle zu bessern und sogar auszuheilen. Besserung und Heilung stellen sich sehr bald ein. Die Narben sind kosmetisch vollkommen, zart und glatt.

Behandlung der chronisch-luetischen Endarteritis mit Wismutverbindungen, von J. Serf-Prag. Der Autor behandelte in der Klinik Pelnář 25 Fälle von luetischer Aortitis, die teils mit Angina pectoris, teils mit Aneurysmen einherging. Die Resultate

Digitized by Google

waren in funktioneller und physikalischer Hinsicht recht bemerkenswerte. Die intramuskulären Injektionen mit Quinby waren nie schmerzhaft; nie trat eine Intoxikation oder eine bedrohliche Reaktion, ein viszeraler Herxheimer ein. Sehr auffallend war die Besserung der Angina pectoris, und auch beim Aneurysma konstatierte man ein offenkundiges Nachlassen der subjektiven Beschwerden. Die Wismutbehandlung ist nur bei schwerer Hypertension kontraindiziert; bei geringgradiger Hypertension trat sogar manchmal eine Blutdrucksenkung ein. G. Mühlstein-Prag.

Mitteilungen aus der Literatur.

Anatomie und Physiologie.

Über die kolloidale Struktur der Blutflüssigkeit, besonders über die Bedeutung des Cholesterins, von H. Handovsky-Göttingen. (M. m. W. 1924, Nr. 22, S. 708.) Die Zusammensetzung der Sera normaler Tiere schwankt beträchtlich. Kälbersera sind eiweiß- und globulinärmer als die Sera ausgewachsener Rinder. Im Sommer ist der Albumingehalt, im Winter der Globulingehalt höher. Eiweißärmere Sera sind meist auch euglobulinärmer. Daneben kommen auch individuelle Schwankungen vor. Ein Teil des Cholesterins ist im Serum in einem durch das viskose Euglobulin geschützten Zustand; ein anderer Teil ist leicht extrahierbar. Das Verhältnis beider hängt auch von dem Verhältnis der Eiweißkörper des Serums, von dem Ionengehalt und vom Kationenverhältnis ab. Es gibt auch noch andere Bindungsmöglichkeiten für das Cholesterin: Für lipämische Sera sind sie nachgewiesen. Eine Euglobulin-Cholesterinverbindung glaubt Verf. nachgewiesen zu haben. Wahrscheinlich ist der kolloide Zustand der beiden Cholesteringruppen verschieden. Dem entspricht wohl eine verschiedene biologische Bedeutung. Es ist sehr wahrscheinlich, daß die Gewebszellen, auch der isolierten Organe, mit einer irgendwie festgehaltenen (adsorbierten), veränderlichen Hülle von Bestandteilen der Blutflüssigkeit umgeben sind, deren Zusammensetzung für den Stoffaustausch und damit für die Funktion der Zellen von Bedeutung sein müßte. A. v. Notthafft-München.

Mikroskopische Technik.

Die Vorgänge bei der Bindegewebsversilberung nach Bielschowsky, von R. E. Liesegang, Univ. Frankfurt a. M. (Zschr. f. d. ges. exper. M., 1924, Bd. 42, H. 4/6, S. 558.) Andere Deutung der Vorgänge bei der Bindegewebsversilberung nach Bielschowsky, wie sie H. Löwenstädt in einer früher erschienenen Arbeit in der Zschr. f. d. ges. exper. M., Bd. 39, S. 355, gegeben hat. Vgl. Derm. W., Bd. 79, S. 916. A. Holländer-Hamburg.

Über die färberische Darstellung des Bakterienektoplasmas. Zugleich ein Beitrag zur Theorie der Gramschen Färbung, von M. Gutstein-Berlin. (Zbl. f. Bakt., 1924, Bd. 93, H. 1/4, S. 233.) Das Bakterienektoplasma läßt sich durch Vorbehandlung des fixierten Ausstriches mit Tanninlösung und nachfolgender Einwirkung von basischen Farbstoffen isoliert darstellen. Färbt man den Bakterienleib mit einem basischen Farbstoff und läßt nach Tanninbehandlung einen zweiten basischen Farbstoff einwirken, so kann man die Mikroben in vielen kontrastreichen Farben darstellen, z. B. Karbolfuchsin, Tannin, Methylenblau oder Karbolbrillantgrün, Tannin, Safranin. Zur Darstellung von Hefe und Sporen eignet sich die Verwendung von Karbolmethylviolett, Essigsäure, Brillantgrün, Tannin, Safranin. Die Sporen werden violett, der Leib blaugrün, Membran und Ektoplasma rot gefärbt. Mit Hilfe von Karbolmethylviolett, Essigsäure, Methylenblau, Phosphin, Tannin, Safranin erhält man ein Vierfarbenbild der Hefe: Sporen violett, Leib gelb, freie Nukleinsäure grün, Ektoplasma und Membran rot. Die Gramsche Färbung beruht nach Ansicht des Verf. darauf, daß das Ektoplasma der grampositiven Bakterien im Gegensatz zu den gramnegativen mit Gentianaviolett-Jod eine alkoholunlösliche Verbindung eingehen. F. Harry-Wiesbaden.

Zur Gramschen Färbung, von J. Schumacher-Berlin. (Zbl. f. Bakt., 1924, Bd. 93, H. 1/4. S. 266.) Auf chemisch-experimentellem Wege hat Verf. festgestellt, daß die Gramfärbung der Hefezelle auf dem Lipoidgehalt derselben beruht. Das Lipoid ist an ein basisches Eiweiß gebunden. Es wird für diese Verbindung der Name „Lipoproteid" vorgeschlagen. F. Harry-Wiesbaden.

Digitized by Google

Bakteriologie und Immunitätslehre.

Die Bedeutung der Variabilität der Mikroorganismen für die Therapie, von J. Morgenroth-Berlin. (Zbl. f. Bakt., 1924, Bd. 93, H. 1/4, S. 94.) Verf. unterscheidet zwei Gruppen von Modifikationen der Mikroorganismen in bezug auf die Bedeutung für die Therapie. Zur ersten Gruppe gehören die Modifikationen, die durch therapeutische Agentien hervorgerufen werden. Beispiele dafür sind die Arzneifestigkeit, die Chemoflexion und die Empfindlichkeitserhöhung. Die genannten Modifikationen sind spezifischer Art. Zur zweiten Gruppe gehören die Erscheinungen unspezifischer Modifikationen, die durch Einflüsse anderer Art oder auch durch therapeutische Agentien entstehen. Hierher gehört der Virulenzsturz mit seinen Folgen für die Beeinflußbarkeit der Therapie und die Virulenzerhöhung sowie die sog. „Pseudofestigkeit". F. Harry-Wiesbaden.

Züchtung und Morphologie des Erregers der Lungenseuche und Maul- und Klauenseuche, von Dahmen-Berlin. (Zbl. f. Bakt., 1924, Bd. 93, H. 1/4, S. 125.) Verf. weist die Angaben Tietzes, daß seine Züchtung des Erregers der Maul- und Klauenseuche nur eine Modifikation darstelle, zurück. Es ist ihm kürzlich gelungen, mit Kulturen von Rinder- und Schweineaphthen typische Infektionen bei Rindern zu erzeugen. Sodann teilt er das Resultat seiner prophylaktischen Versuche mit, wonach es möglich erscheint, Kühe durch mehrfache Vorbehandlung gegen nachträgliche Infektion zu schützen. F. Harry-Wiesbaden.

Das retikulo-endotheliale System und die Antikörperbildung (The Reticulo-Endothelial-System and Antibody-Formation), von F. P. Gay und A. R. Clark-New York. (J. Am. m. Ass., 1924, Bd. 83, Nr. 17, S. 1296.) Ausgehend von dem Gedanken, daß nach den bisherigen Untersuchungen die Entstehung der Antikörper nicht an ein einzelnes bestimmtes Organ gebunden sein kann, versuchten die Verff. den Nachweis zu erbringen, daß die Antikörper in dem retikulo-endothelialen System gebildet werden: Kaninchen und Ratten wurden mit Trypan-Blau zwei Wochen lang täglich intraperitoneal gespritzt. Zugleich wurden sie mit gewaschenen Schafsblutkörperchen sensibilisiert. 5 Tage nach den Blutinjektionen wiesen die Kontrolltiere im Serum eine komplette Hämolysis in einer Verdünnung 1:2500 bis 1:10000 auf, während die gespritzten Tiere in 2 Fällen 1:10 negativ waren und positiv in einer Verdünnung 1:160 in zwei anderen. Ähnliche Resultate erhielten die Verff. bei der Untersuchung der Präzipitine. Verff. glauben damit dem Beweis erbracht zu haben, daß die Antikörperbildung (zum mindesten der Hämolysine und Präzipitine) durch die Blokade der Retikulo-Endothelien völlig gehemmt werden kann. Weitere Untersuchungen mit anderen Farbstoffen und anderen Antikörpern müssen zur Bestätigung dieses Resultates herangezogen werden. R. Ley-Kreuznach.

Endokrine Drüsen und Abwehr, von A. Seitz-Leipzig. (Zbl. f. Bakt., 1924, Bd. 93, H. 1/4, S. 227.) Ihrer Nebennieren beraubte Ratten zeigen neben deutlicher Herabsetzung der phagozytären Kraft der Leukozyten eine Schwächung der bakteriziden Eigenschaft des Serums. F. Harry-Wiesbaden.

Untersuchungen über Organ- und Artspezifität, von H. Biberstein und H. Lubinski-Breslau. (Zbl. f. Bakt., 1924, Bd. 93, H. 1/4, S. 222.) 40 in Wutschutzbehandlung stehende Personen wurden für einen Zeitraum von 19 Tagen mittels intrakutaner Injektionen verschiedener homo- und heterologer Antigene auf ihren Sensibilitätszustand geprüft. Die am 1. und 2. Tage der Wutschutzbehandlung Stehenden zeigten keinerlei Reaktionen. Am 3.—5. Tage ließ sich eine organspezifische Reaktion feststellen. Vom 6. Tage an riefen alle arthomologen Antigene innerhalb 24 Stunden eine Reaktion hervor. Außer Organextrakten haben die Verff. auch Kaninchenserum zur Nachinjektion benutzt. Sie räumen dem Serum eine Sonderstellung ein, insofern als die Reaktionen besonders stark hervortreten. F. Harry-Wiesbaden.

Fruchttod bei Serumkrankheit der Mutter, von E. Fischer, Univ.-Frauenkl. Berlin. (Zbl. f. Gyn., 1924, Nr. 40, S. 2203.) An der Bummschen Klinik werden alle Schwangeren, bei denen der Verdacht einer Streptokokkeninfektion besteht, prophylaktisch immunisiert, und zwar aktiv oder simultan, je nach Lage des Falls. Bei der aktiven, d. h. reinen Vakzineimmunisierung, sind nie Schädigungen von Mutter oder Kind aufgetreten. Bei der Simultanimmunisierung (gleichzeitig Streptokokkenvakzine und Streptokokkenserum) trat in 13% der Fälle Serumkrankheit bei der Mutter auf und zweimal gingen die Kinder im Anschluß an die Erkrankung der

Digitized by Google

Mutter zugrunde. Es ist anzunehmen, daß die Eiweißtoxine, die bei der Mutter die Serumkrankheit hervorrufen, in den fötalen Kreislauf übergehen und den kindlichen Organismus schädigen. Während in dem einen Fall die Sektion keinerlei Organveränderungen ergab (wahrscheinlich war hier der Tod sehr schnell eingetreten), wurden bei dem zweiten Kind massenhaft toxische Blutungen gefunden. Seither wird nach Möglichkeit die aktive Immunisierung durchgeführt.

F. Landauer-Berlin.

Zur Frage der Neufeld-Besredkaschen Schutzimpfung gegen Überempfindlichkeitserscheinungen bei Serumreinjektionen, von H. Fernbach. (Mschr. f. Kinderhlk., 1924, Bd. 29, H. 2, S. 97.) Neufeld und Besredka haben im Tierversuch beobachtet, daß sich der anaphylaktische Schock bei Wiederimpfung sensibilisierter Tiere vermeiden läßt, wenn man eine unschädliche Serumdosis subkutan resp. in mehreren kleineren, allmählich ansteigenden Dosen intraperitoneal, der tödlichen intravenösen Seruminjektion vorausschickt. Auf Grund dieser Beobachtung wurde ähnliches Vorgehen beim Menschen empfohlen. Da hier Mißerfolge auftraten, suchte der Verf. experimentell der Frage nachzugehen, ob es beim sensibilisierten Menschen nach kleinen Serumgaben zu einem Unempfindlichkeitszustand kommt. Die Prüfung wurde durch fortlaufende intrakutane Seruminjektionen vorgenommen. Sie ergab in 10 Fällen, daß beim Menschen durch Zufuhr kleiner Serummengen keine Antianaphylaxie erzielt wird, daß also intravenöse Reinjektionen homologer Sera auch nach Vorgabe von kleinen subkutanen Dosen gefährlich sind. Vorgaben von kleinen Serummengen subkutan können aber sicheren Anhaltspunkt für den Überempfindlichkeitsgrad abgeben.

R. Ley-Kreuznach.

Über allergische Konstitution und primäre spezifische Allergie (Idiosynkrasien, Urtikaria, Quinckesches Ödem usw.), von H. Kämmerer, 2. med. Kl. München. (M. m. W., 1924, Nr. 15, S. 459.) Kämerer unterscheidet: 1. Nicht spezifische, angeborene stärkere Reaktionsfähigkeit des Kapilarnervensystems, 2. echte spezifische Anaphylaxie, durch Sensibilisierung entstanden, 3. primäre spezifische Allergie. Die erste Gruppe vereinigt die meisten Fälle in sich. Die zweite Gruppe ist die der typischen Eiweißempfindlichkeit; aber auch hier ist daneben noch eine allergische Konstitution anzunehmen. Hierher gehören so manche „Idiosynkrasien", Allergien gegen Arzneimittel und Nichteiweißkörper. Die Wirkung der Mittel ist dabei nicht einfach eine gesteigerte, sondern eine veränderte. Es entsteht wohl ein unspezifisches Gift. Der allergische Symptomenkomplex entsteht wohl sehr häufig durch aminartige Körper infolge ungenügender Desamidierung des betroffenen Organismus. Zur Erklärung der Spezifität kann man annehmen, daß manche dem Körper einverleibte, sonst harmlose Stoffe für das etwas abweichend gebaute individuelle Körpereiweiß infolge besonderer Affinitäten (analog der Toxin-Antitoxintheorie) eine Schädigung bedeuten. Bei der „Vererbung" wird wohl die allergische Konstitution und ein etwas abweichender Bau des Körpereiweißmoleküls vererbt.

A. v. Notthafft-München.

Die Bedeutung der Haut für die Insulinwirkung. 6. Mitteilung zum Thema: Die Haut als immunisierendes Organ, von E. F. Müller, med. Polikl. Hamburg-Eppendorf. (M. m. W., 1924, Nr. 25, S. 813.) Versuche an Kaninchen zeigten, daß die Wirkungszeit der gleichen Insulinmenge bei subkutaner Zuführung wesentlich kürzer ist als bei intrakutaner. Die toxische Dosis liegt bei letzterem Verfahren wesentlich höher als bei ersterem, die tödliche sicher auch höher. Es bestehen also die Tatsachen einer kutanen Reizmultiplikation und einer Giftabschwächung durch die Haut.

A. v. Notthafft-München.

Über verschiedene Formen der Idiosynkrasie, von L. Adelsberger, II. innere Abt. Städt. Krkh. Friedrichshain, Berlin. (M. Kl., 1924, Nr. 45, S. 1573—1575.) Aus den verschiedenen Formen der Idiosynkrasie heben sich 2 Gruppen heraus, die sich scharf unterscheiden. Bei der ersten kommt die Überempfindlichkeit durch eine echte Sensibilisierung zustande, indem die auslösenden Substanzen in den Organismus eindringen und ihn lokal oder allgemein anaphylaktisieren. Dazu gehört der enterale Übertritt von Eiweiß bei offenem Leberwege. Konstitutionelle Basis ist anscheinend nicht immer erforderlich. Die abzutrennende erworbene Idiosynkrasie wird zwar auch durch eine spezifische Sensibilisierung manifest, ist aber mehr oder weniger konstitutionell bedingt. Die zweite Gruppe entspricht dem Prototyp der Idiosynkrasie im engeren Sinne. Für ihre Ursachen wird auf das Vorkommen im Tierreich weit verbreiteter Rezeptoren bei gewissen Gruppen von Menschen hingewiesen und die Ana-

Digitized by Google

logie zwischen den gruppenspezifischen Antigenen und Antikörpern und den „Reaginen" der Idiosynkrasie durchgeführt. Zahlreiche Beobachtungen lassen sich dadurch von einem einheitlichen Standpunkt aus betrachten und charakteristische Merkmale der Idiosynkrasie, die mit dem vom Anaphylaxiekomplex abgeleiteten Grundsätzen nicht übereinstimmen (Heredität, Versager bei der passiven Übertragung der Idiosynkrasie) einer Klärung näherbringen. E. Levin-Berlin.

Über den Mechanismus des anaphylaktischen Schocks (Sur le mécanisme du choc anaphylactique), von Lumière. (Compt. rend. acad. des Sciences, 1924, Bd. 179, Nr. 11.) Polemik gegen M. Bordet, der L.s Entstehungstheorie des anaphylaktischen Schocks ablehnt. L. hatte denselben zurückgeführt auf eine plötzliche Erregung der sympathischen Zentren durch Reizung sympathischer Nervenendigungen der Blutgefäße infolge Ausflockungen in letzteren. Diese Erregung bewirkt eine Störung im vegetativen und endokrinen Gleichgewicht, d. h. in allen vom Sympathikusgeflecht innervierten Organbestandteilen. Bordet wendet nun ein, daß man auch mit einem künstlich schädigend gemachten Serum — nach Zentrifugieren der entstehenden makroskopischen Trübung und ihrer Gerinnung als Bodensatz — mit dem überstehenden klaren Anteil des Serums Anaphylaxie erzielen kann. Dem hält der Verf. entgegen, daß bei Benutzung wirksamerer Zentrifugen und bei einem etwa ½ Stunde dauernden Zentrifugieren das scheinbar klare Serum von noch weiteren Bestandteilen befreit wird und jetzt nun in der Tat unschädlich ist. Voraussetzung für die von L. näher beschriebenen Versuche ist die Benutzung eines frischen und nicht inaktivierten Serums. Von dem im Anschluß hieran Gesagten sei hervorgehoben, daß Mischungen normalen Meerschweinchenserums mit anaphylaktisch wirksamen Seren stets einen Niederschlag verursachen, der durch Agglutinoskop resp. durch Zentrifugieren erkennbar ist. F. Jacobsohn-Berlin.

Zwei Fälle von früher und später anaphylaktischer Erscheinung nach Verabreichung von Diphtherieantitoxin (Two Cases of Early and Late Anaphylactic Phenomena after Administration of Diphtheria-Antitoxin), von N. S. R. Lorraine. (Lancet, 1924, Bd. 207, Nr. 528, S. 1010.) In dem einen Falle handelte es sich um ein 12½jähriges Mädchen, das kurz (5 Minuten) nach der Injektion von 10000 Einheiten von Diphtherieheilserum — wegen mittelschwerer Form von Diphtherie — urtikariaartigen Ausschlag fast am ganzen Körper mit sehr lästigem Ödem an den oberen und unteren Augenlidern bekam; außerdem hochgradige Herzschwäche. Allmählich besserte sich der Zustand unter geeigneter Herzmedikation und nach 10 Stunden war der Ausschlag ohne weitere Folgen verschwunden. Im zweiten Falle, eine 24jährige Pflegerin betreffend, stellte sich 4 Tage nach Injektion von zweimal 6000 Einheiten Diphtherieserums neben einem leichten Serumerythem, das 3 Tage lang anhielt, Herzschwäche und allgemeines Übelbefinden ein; entsprechende Stimulantien brachten den ziemlich bedrohlichen Zustand bald zur Besserung, und die Patientin konnte nach 11 Wochen, ebenso wie im ersten Falle, als geheilt entlassen werden.
M. Stern-München.

Über die antianaphylaktische Wirkung von Mineralwässern, von R. Cahn, Univ.-Kinderkl., Berlin. (Kl. W., 1924, Nr. 41, S. 1857.) Da es bekannt ist, daß Vichy-Wasser imstande ist, sensibilisierte Tiere vor dem anaphylaktischen Schock zu schützen, versuchte Verf., ob das gleiche auch mit verschiedenen deutschen Mineralwässern gelingt, wozu er das Fachinger, Emser und Wildunger Mineralwasser auswählte und die Versuche mit Vichy wiederholte; daneben wurden reichlich Kontrollen angesetzt. Versuchsanordnung: sensibilisierende Injektion von 1 ccm Pferdeserum bei Meerschweinchen subkutan. Darauf hintereinander 16—20 Injektionen des betreffenden Mineralwassers täglich 3—4 ccm und schließlich intrakardiale Reinjektion von 1½ ccm Pferdeserum. Es zeigte sich, daß die mit Vichy-Wasser behandelten Tiere alle vor dem anaphylaktischen Schock geschützt blieben, während dies bei den deutschen Mineralwässern nur teilweise der Fall war, so gelang die Desensibilisierung mit Fachinger nur in einem Falle, mit Wildunger und Emser zwar deutlich und öfters, aber nicht so sicher wie mit Vichy-Wasser. Versuche zu dem gleichen Zwecke mit den Verdampfungsrückständen hatten bis auf einen Vichy-Fall ein negatives Ergebnis. Diese Versuche wurden an Kindern dadurch bestätigt, daß es nicht gelingt, mit täglichen Emser-Salz-Injektionen oder oraler Darreichung von Vichy-Salz bei anaphylaktischen Erscheinungen irgend welche Erfolge zu erzielen. Es ergibt sich fernerhin noch aus den Versuchen, daß die desensibilisierende Wirkung keineswegs auf dem Vorhandensein von Alkalien beruhen kann. E. Langer-Berlin.

Digitized by Google

Phagozytose und Zellimmunität, von R. Mittermaier-Freiburg i. Br. (Zbl. f. Bakt., 1924, Bd. 93, H. 1/4, S. 240.) Infiziert man Kaninchen mit lebenden, virulenten Staphylokokken, oder injiziert ihnen leukozidin- und hämolysinhaltiges Staphylokokkenkulturfiltrat, so zeigen sich die Blutzellen der behandelten Tiere gegen Leukozidin bzw. Hämolysin stark resistent. Gleichzeitig ist das Phagozytosevermögen der Leukozyten für Staphylokokken in physiologischer Kochsalzlösung gesteigert. Die Resistenz der Zellen bleibt bestehen, wenn man alles Serum durch öfteres Waschen entfernt hat. F. Harry-Wiesbaden.

Phagozytoseversuche an Leukozyten von gesunden und kranken Menschen, von E. v. Philipsborn, Med. Kl. Univ. Heidelberg. (D. Arch. f. kl. Med., 1924, Bd. 145, H. 5. u. 6, S. 351.) Nach den vorliegenden Versuchen ist bei einigen akuten Infektionskrankheiten wie Meningitis epidemica, Typhus abdominalis, Paratyphus die Fähigkeit der Leukozyten, feine Tuscheteile in sich aufzunehmen, gegenüber dieser Fähigkeit bei gesunden Menschen herabgesetzt, bei anderen Krankheiten hingegen, wie schwerer chronischer Lungentuberkulose, Furunkulose, Erysipel, Streptococcus viridans, Endocarditis zeigt sie höhere Werte als bei Gesunden. Eine sichere Erklärung dieser Unterschiede läßt sich vorläufig nicht geben; es scheint aber, als wenn bei den Krankheiten, bei welchen die Phagozytose verstärkt ist, diese Verstärkung ihre Ursache sowohl in Veränderung der Leukozyten wie gleichzeitig des Serums hat, während bei den Fällen mit verlangsamter Phagozytose nur das Serum die Ursache dieser Verlangsamung ist. Eigenartig ist in diesem Zusammenhang das Verhalten der Leukozyten den hämolytischen Streptokokken gegenüber, die unter allen Bedingungen schlecht phagozytisch wurden; daraus ersieht man, wie sehr es auf die Art der Mikroorganismen ankommt. Im übrigen ergibt sich kein Anhalt für die Annahme, daß es sich bei der Steigerung der Phagozytose (bei den untersuchten Krankheiten) um ein spezifisch verändertes Verhalten der Leukozyten den spezifischen Krankheitserregern gegenüber handelt — wie Wright annimmt, da die Änderung der Phagozytose auch der indifferenten Tusche gegenüber vorhanden ist. Selbstverständlich ist die Deutung dieser Vorgänge an Hand so wenig zahlreicher Untersuchungen noch unklar, aber sicher können uns ähnliche Versuche, vor allem die Beobachtung der Phagozytose bei den verschiedenen Krankheiten die Erkenntnis dieser Vorgänge weiter fördern. M. Stern-München.

Über die Vererbbarkeit erworbener Immunität (Sur l'héredité de l'immunité acquise), von M. S. Metalnikow. (Compt. rend. acad. des Sciences, 1924, Bd. 179, Nr. 10, S. 514.) Während Chauveau, Arloing, Cornevin, Thomas, Tizzoni, Centanni behaupten, daß die erworbene Immunität vererbbar sei, wenden sich Löffler, Ehrlich, Remlinger, Vaillard, Dieudonné, Kreidl, Mand und andere dagegen. Immunität von der Mutter übertragen ist keine vererbte, Antikörper können ja durch Plazenta und Milch mitgeteilt werden, das wäre passive Immunisierung. Um solche passive Immunisierung zu vermeiden, experimentiert man mit Tieren, bei denen sich die Eier außerhalb des mütterlichen Organismus entwickeln, wie zum Beispiel bei der Mehrzahl der Insekten. Verf. machte seine Versuche mit der Raupe von Galleria mellonella, weil sich 6—8 Generationen im Laufe eines Jahres aufziehen lassen. Die Raupen wurden mit einem wenig virulenten Stamm von Vibrio cholerae immunisiert, jede Generation 2—3 Injektionen von sehr niedriger Dosis. Die Versuche wurden in mehreren Serien wie folgt gemacht: ein Teil A jeder Generation wurde immunisiert, ein Teil B mit lebenden Vibrionen infiziert, C als Kontrolle wurden normale Raupen infiziert. Nach 3—4 Tagen ergibt die Zahl der überlebenden Raupen bei B den Prozentsatz der genug immunisierten allein durch Vererbung. Die erste Generation zeigt 0 Prozent, gleich keine Überlebenden, 2: 0%, 3: 30%, 4: 15%, 5: 0% (bei 4 und 5 war die Technik geändert worden, die zur Immunisierung dienen sollenden Dosen waren zu hoch), nach altem Verfahren wieder immunisiert zeigte 6. Generation 42%, 7. 45%, 8. 72%, 9. 75%. Verf. hofft durch Fortsetzung der Versuche an weiteren Generationen gleichen Stammes eine Sorte Raupe zu erhalten, die vollständig immun gegen Vibrio cholerae ist, und schließt damit, daß erworbene Immunität zwar nicht durch eine Generation, wohl aber durch die Immunisierung vieler aufeinander folgender Generationen erblich gemacht werden kann. F. J. Baar-Bad Kreuznach.

Der Einfluß von Adstringentien auf die Lichtempfindlichkeit von Bakterien, von S. Amster u. P. S. Meyer, Univ.-Hautkl. Breslau. (Kl. W., 1924, Nr. 46, S. 2098.) Wie gegen Hitze, ist es möglich, Bakterien auch gegen die bakterizide Wirkung der Höhensonnenbestrahlung durch niedrige Konzentrationen gewisser Ad-

Digitized by Google

stringentien zu schützen. Verff. benutzten zu ihren Versuchen Bac. prodigiosus und als Adstringentien Tannin- und Aluminiumchloridlösungen. Sie fanden, daß das Optimum der schützenden Wirkung dieser Lösungen bei einer Verdünnung von 1:10000 liege. Die Erklärung liegt zwischen den Möglichkeiten, daß auf der einen Seite die Lichtwirkung durch die Lösung abgeschwächt wird, oder daß andererseits die Bakterien so verändert werden, daß die Lichtwirkung auf sie keinen so starken Einfluß ausübt als unter gewöhnlichen Verhältnissen. Verff. entscheiden sich für die letztere Auffassung und nehmen an, daß die Bakterien durch die Einwirkung der Adstringentien in ihrer kolloidchemischen Struktur der Bakterienoberfläche so geändert werden, daß diese Resistenzerhöhung eintritt. E. Langer-Berlin.

Das d'Herellesche Phänomen an Rotlaufbakterien, von H. Miessner u. G. Baars-Hannover. (Zbl. f. Bakt., 1924, Bd. 93, H. 1/4, S. 131.) Die therapeutischen Versuche mit Paratyphusdialysaten an 67 paratyphuskranken Ferkeln führten zu keinem wesentlichen Heileffekt. Es gelang den Verff., aus dem Darminhalt eines an akutem septikämischen Rotlauf verendeten Schweines ein für Rotlaufbakterien spezifisches, kultivierbares lytisches Filtrat zu gewinnen, das jedoch keinen Einfluß auf den Verlauf der Rotlaufinfektion bei Mäusen ausübte. Auch zur Prophylaxe hat es sich nicht bewährt. Lytische Stoffe waren nach dem Tode im Körper der Mäuse nicht mehr nachzuweisen. In weiteren Versuchen zeigte sich, daß Mäuse an Rotlaufseptikämie zugrunde gingen, obwohl das lytische Agens im Herzblut und im Darm nach dem Tode vorhanden war. Wahrscheinlich wird die Lysinwirkung durch Kolloidstoffe im Körper gehemmt. Eine Vermehrung von Lysin in der Blutbahn ließ sich trotz künstlich hervorgerufener Rotlaufseptikämie nicht nachweisen. Subkutan oder intravenös injiziertes keimfreies Lysat wurde innerhalb 2—5 Tagen aus dem Körper von Kaninchen ausgeschieden. Subkutan appliziertes Lysin war bereits 1 Stunde später in der Blutbahn vorhanden. F. Harry-Wiesbaden.

Allgemeine Pathologie und Diagnostik.

Die Dermatologie im Lichte der neueren Forschung, von A. Buschke u. B. Peiser, Derm. Abt. Rud. Virch. Krkhs. Berlin. (Zschr. f. ärztl. Fortbild., 1924, Nr. 21, S. 647; Nr. 22, S. 675.) Übersichtsreferat.

Sammelreferat über Hautkrankheiten und Infektionen des Kindesalters (Literatur 1920—1923), von C. Leiner-Wien. (Zbl. f. Haut- u. Geschlechtskrkh., 1924, Bd. 14, H. 1/2.)

Hautkrankheiten und Diathese, von H. W. Siemens-München. (M. m. W., 1924, Nr. 16, S. 508.) Eine Antrittsvorlesung, welche vor allem die Anschauungen Blochs und des Verf. wiedergibt. A. v. Notthafft-München.

Eine Nachprüfung des Cohnheimschen Entzündungsversuches, von U. Westphal, Path. Inst. Göttingen. (Frkft. Zschr. f. Path., 1924, Bd. 30, S. 1—20.) Durch Beobachtung am lebenden Mesenterium ließ sich die Emigration der Leukozyten aus den Gefäßen genau feststellen. Sie wurde durch vitale Färbung mit Neutralrot noch deutlicher gemacht und vermittels der Oxydasereaktion auch am fixierten Präparat bewiesen. Versuche an mit Benzol hypoleukozytär gemachten Tieren ergaben, daß sich am lebenden Objekt fast niemals eine Emigration, am fixierten Präparat fast nirgends eine positive Oxydasereaktion erkennen ließ. Das Fehlen jeglicher Emigration bei den Benzoltieren, trotzdem Leukozyten, wenn auch in verminderter Zahl vorhanden waren, kann nur als eine durch die Giftwirkung des Benzols hervorgerufene Schädigung der noch lebenden Leukozyten in ihrer Vitalität aufgefaßt werden. Daraus ergibt sich, daß für das Zustandekommen der Emigration in erster Linie nicht physikalisch-mechanische, sondern im Sinne der Ribbertschen Theorie physikalisch-chemische Ursachen maßgebend sind. B. Peiser-Berlin.

Über das Zustandekommen der trophischen Hautveränderungen nach organischen Affektionen des Nervensystems, von V. Dumpert, Chir. Univ.-Kl. Heidelberg. (M. m. W., 1924, Nr. 16, S. 511.) Haare und Nägel büßen in gelähmten Partien an Wachstumskraft ein. Das scheinbare Gegenteil wird durch den Wegfall der Abnutzung vorgetäuscht. Die Zunahme der Nagelkrümmung hängt mit dem Schwund der Fingerbeeren, dieser wieder mit der Ruhigstellung zusammen. Die Hyperkeratose entsteht auch durch mangelhafte Abschuppung. Die Glanzhaut ist auf den Nichtgebrauch der Gelenke zurückzuführen. Die Schädigungen treten durchaus nicht bloß im System des betreffenden Nerven, sondern auch in anderen Gebieten

Digitized by Google

an der Extremität auf. Tatsächlich sprechen die alltäglichen Beobachtungen der Chirurgen dafür, daß die auf Nervenabschneidungen zurückzuführenden „trophischen" Störungen nicht eintreten. Auch die Veränderungen der Vasomotoren- und Schweißdrüsentätigkeit sind zum großen Teil auf die Ruhigstellung zurückzuführen. Das Vorkommen trophischer Hautstörungen wird aber nicht bestritten.

A. v. Notthafft-München.

Die Spina bifida occulta und einige ihrer Folgen (La spina bifida occulta et quelques-unes de ses conséquences), von A. Léri. [J. de Méd. de Paris, 1924, Nr. 40, S. 835—840.) Durch die röntgenologische Aufdeckung der Spina bifida occulta kann die Ätiologie einer Reihe von Zuständen geklärt werden (Trophoedema, trophische Störungen der Haut, massive Atrophie einer Extremität, lumbo-sakrale Schmerzattacken). Besonders bei Fällen von Enuresis ohne sonstige Ätiologie konnte nach Feststellung der Spina bifida occulta wesentliche Besserung und auch schnelle Heilung durch chirurgischen Eingriff erzielt werden (Resektion eines derben, queren fibrokartilaginären Bandes, das auf die Cauda equina drückte).

E. Levin-Berlin.

Über Ätiologie und Pathogenese des Granuloma pediculatum, von P. Balog-Path.-Anat. Inst. d. kgl. ungar. Elisabeth-Univ. (Frankf. Zschr. f. Path., 1924, Bd. 30, S. 395.) Nach den Beobachtungen des Verf. ist die Ätiologie des Granuloma pediculatum keine einheitliche, sondern jede Einwirkung, sei es parasitärer, chemischer oder physikalischer Natur, kann unter gewissen günstigen Umständen Granulationen unter dem Bilde des Granuloma pediculatum verursachen. So führt Verf. einen Fall an, wo sich auf dem Unterarm ein typisches Granuloma pediculatum entwickelte, das histologisch in dem gewöhnlichen gefäßreichen, aus Plasmazellen, Fibroblasten und allen Arten von Rundzellen bestehenden Granulationsgewebe Aktinomyzesherde aufwies. Die gestielte Pilzform ist nach der Auffassung des Autors nicht nur für diese Geschwulst, sondern auch für alle anderen gestielten Tumoren der Haut in den besonderen mechanischen Verhältnissen zu suchen, die darin bestehen, daß der Tumor sich auf dem Wege des geringsten Widerstandes nach der Oberfläche zu ausbreitet, und sobald er über dieselbe hinausgewachsen ist, kann er sich infolge der Druckentlastung auch nach den Seiten gut entwickeln. B. Peiser-Berlin.

Über experimentelle Epithelwucherungen, insbesondere nach Gewebsschädigungen, von M. Yamauchi, Senkenbergisches Inst. Frankfurt a. M. (Frankf. Zschr. 1924, Bd. 30, S. 311.) Verf. berichtet über bereits früher im Institut angestellte Untersuchungen über experimentelle Epithelwucherungen nach Einspritzung der verschiedenen in Öl gelösten chemischen Substanzen auf Grund eingehender Studien der Versuchsprotokolle und der Präparate von mehreren hundert Versuchen. Die Versuche wurden sämtlich an Kaninchen ausgeführt, und zwar an den verschiedensten Hautstellen. Dabei zeigte sich, daß subkutane Injektionen von reinem Öl und Öl in Verbindung mit gewebsschädigenden Substanzen, wie Kochsalz, Alkohol, Terpentin, Xylol, Äther, keine Epithelwucherungen auf der Haut hervorrufen, dagegen zeigte sich nach subkutanen Injektionen von in Öl gelösten Teerprodukten und verwandten Körpern (Thiol, Ichthyol, Anthrazen, Kreosotal, Guajakol usw.) eine deutliche Steigerung der regenerativen Epithelwucherung. Von Teerpräparaten wurden nur Pix liqu. und Fichtennadelextrakt, gelöst in Granugenol, benutzt, die verschiedenen Fraktionen des Steinkohlenteers erwiesen sich bei subkutaner Anwendung als lokal zu stark schädigend. Die verschiedenen, in der chemischen Struktur sich nahestehenden Fettfarbstoffe Scharlach-R., Sudan III, Amidoazotoluol, Pellidol usw.) geben in gesättigter Lösung in Olivenöl keine wesentlich anderen Resultate als das Scharlachrot selbst. Schöne Resultate erhält man, wenn man das Scharlachrot in Lebertran, Leinöl oder Schmalz löst und subkutan injiziert. Die stärksten und unregelmäßigsten Epithelwucherungen wurden mit Granugenolscharlach beobachtet. Die Kombination des starke Epithelwucherungen erzeugenden Scharlachrot mit dem lebhafte Bindegewebswucherungen hervorrufenden Granugenol führte vielfach zu Bildern, die histologisch kaum vom Plattenepithelkarzinom zu unterscheiden waren. Niemals wurde aber trotz Atypie und Unregelmäßigkeit der Epithelwucherung bösartiges Wachstum, echte Karzinomentwicklung gesehen. Chronische Schädigung der Haut durch Pinselung mit Xylol, Äther und Teerpräparaten übte auf die Scharlachwirkung keinen Einfluß aus. Auch subkutane Versuche mit Anilin führten zu keinem anderen Ergebnis. Bei all diesen Versuchen hat man es im Gegensatz zu den Teerpinselungen mit einer akuten Epithelwucherung zu tun, die schon nach 8—14 Tagen ihren Höhepunkt erreicht.

Digitized by Google

Auf diesem Fehlen der Latenz, der immer sich wiederholenden Schädigung des regenerierenden Epithels, die bei den Teerversuchen besteht, beruht wohl auch die Verschiedenheit der Ergebnisse bei beiden Versuchsreihen. Im zweiten Teil der Arbeit gibt Verf. eine kurze Übersicht über eigene Injektionsversuche mit Scharlachöl am Kaninchenuterus, bei denen es trotz Anwendung der verschiedensten Versuchsanordnungen nicht gelungen ist, irgend einen Einfluß auf das Uterusepithel festzustellen. B. Peiser-Berlin.

Die Methode der Kultivierung von Gewebe und deren Bedeutung für pathologische Probleme (The Method of Tissue Culture and its Bearing on Pathological Problems), von A. Carrel, Rockefeller-Inst. New York. (Brit. m. J., 1924, Nr. 3317, S. 140.) Vor 12 Jahren gelang es C. im Rockefeller-Institute eine Reinkultur von Fibroblasten zu gewinnen, indem er ein kleines Stückchen vom Herzen eines Hühnchen-Embryos in embryonalen Gewebssaft einlegte. Dieser Stamm ist zur Zeit noch lebendig erhalten; außerdem sind aber sonstige Züchtungen von Bindegewebszellen von verschiedenen tierischen Organen in reichlicher Menge gelungen. Die Fibroblasten überwuchern mit Leichtigkeit andere etwa in ihrer Nähe befindliche Zellen und verdoppeln ihr Volumen im Laufe von 48 Stunden. Aus Kulturen von weißen Blutkörperchen wurden Stämme von Leukozyten und großen mononukleären Leukozyten hergestellt. Dabei wurde beobachtet, daß die polymorphonukleären Leukozyten allmählich verschwanden, indem sie von den Lymphozyten meistenteils aufgezehrt werden. Schließlich bleiben nur einkernige Zellen übrig, welche im weiteren Verlauf entweder absterben oder sich in Fibroblasten verwandeln. Ferner ist es gelungen (Fischer), Knorpelzellen aus der Pars cartilaginea sclerae vom Auge eines Hühnchenembryos zum Wachstum zu bringen; doch arteten die Zellen allmählich (in 3 Monaten) aus. Derselbe Forscher züchtete aus Teilen der Iris des Hühnerembryos Epithelzellen, welche (50%) langsamer als Fibroblasten wuchsen, aber keine Rückbildung (Differenzierung) aufwiesen. Auf einem Plasmagrund wuchsen sie zu einem feinen Mosaik aus und entwickelten dabei reichliche Pigmentablagerung. Einen weiteren Fortschritt kennzeichnet die Züchtung von Epithelzellen (Ebeling) aus dem Epithelgewebe der Thyreoidea vom Hühnerembryo. Dieselben wachsen sowohl auf der Oberfläche wie in der Tiefe des Nährmediums. Bei Zusatz von Fibroblasten kann man die Bildung von kolloidhaltigen Azini beobachten. Andererseits hat der Zusatz von Thyreoidgewebe zu einer Kultur von Fibroblasten eine ausgesprochen wachstumsanregende Wirkung auf dieselben. Auch aus Sarkomen hat man Zellzüchtungen gewonnen, doch verloren dieselben in der Regel im Laufe von 4 bis 7 Tagen ihre Malignität. In bezug auf die Substanzen, welche das Wachsen der Zellen fördern, und diejenigen, welche bloß lebenserhaltende Wirkungen leisten, ist zu bemerken, daß Fibroblasten auf Plasma nicht zunehmen, obwohl sie darauf mehrere Monate lebend bleiben. Ausgesprochenes Wachstum wird beobachtet nach Zusatz von Embryonalgewebssaft zu dem Plasma, und bei Verwendung desselben in Verbindung mit Salzlösungen ist das Wachstum der Fibroblasten stark ausgeprägt. Auch die Epithelzellen scheinen ohne Embryonensaft nicht zunehmen zu können, während Lymphozyten auf verdünntem Serum das beste Wachstum zeigten. Ausgedehnte Untersuchungen wurden auch ausgeführt, um die von den Fibroblasten benötigten stickstoffhaltigen Bestandteile (welche C. als Trephone, von τρεφω = ich ernähre, bezeichnet) im Embryonalsafte zu isolieren. Ihr Wesen ist aber noch nicht definitiv aufgeklärt. In größerer Ausführlichkeit schildert C. auch die Methoden der Kulturenherstellung und sein Verfahren zum Nachweis der Wachstumsgeschwindigkeit eines Gewebes und somit der wachstumsfördernden bzw. wachstumshemmenden Eigenschaften einer gegebenen Flüssigkeit. Er weist darauf hin, daß diese Beobachtungen über Zellenwachstum geeignet sind, für viele physiologische und pathologische Probleme Aufschluß zu bringen. Eine besonders bemerkenswerte Erscheinung war die Feststellung, daß das Serum von älteren Tieren entschieden ungünstiger auf das Wachstum der Zellen einwirkte als das von jüngeren Tieren. Auch können zeitweilige pathologische Vorgänge bei dem Serumspender die Qualität des Serums erkennbar verschlechtern. Ein Schlußabschnitt bringt weitere Tatsachen in bezug auf die Trephone, welche außer im Embryonalsaft in verschiedener Form von den Leukozyten erhalten sind und auch von anderen Organen (Niere, Thyreoidea, Gehirn usw.) geliefert werden. So wurde gefunden, daß Leukozyten in vitro und in vivo Substanzen absondern, welche die Vermehrung der Fibroblasten deutlich beeinflussen — eine Tatsache, welche auf mehrere Prozesse ein ganz neues Licht

Digitized by Google

wirft. Es ist nicht möglich, im Rahmen eines Referates diesem Vortrag mit seiner Unsumme von neuen Tatsachen und neuen Gesichtspunkten gerecht zu werden.
A. Philippi-Bad Salzschlirf.

Krankheitsdisposition und Gruppenzugehörigkeit (Rassenbiologische Betrachtungen über die verschiedene Empfänglichkeit der Menschen für Krankheitserreger), von L. Hirszfeld-Warschau. (Kl. W., 1924, Nr. 46, S. 2084.) Verf. entwirft gewissermaßen ein Programm für weitere rassenbiologische Fragen, die bisher zu wenig beachtet worden sind. Man muß annehmen, daß resistente und empfindliche Individuen in einer Population die Folge von Rassenkreuzungen sind, die aus verschieden durchseuchten und daher verschieden der Auslese unterworfen gewesenen Gegenden stammen. Er hat folgende Leitsätze zum Ausgangspunkt der Betrachtung gemacht: „a) daß die gegenwärtige Verteilung der Gruppen eine Folge von Völkerwanderungen ist, b) daß die Diphtheriedisposition (und auch wahrscheinlich manche andere Krankheitsanlagen) nicht unabhängig, sondern mehr oder weniger mit der Blutgruppe gekoppelt vererbt werden, mag auch der Korrelationskoeffizient für verschiedene Anlagen verschieden sein, c) daß das Vorhandensein von empfindlichen und unempfindlichen Individuen nicht nur auf normaler Variationsbreite der Empfindlichkeit beruhen kann, sondern daß Differenzen dadurch verstärkt werden, daß Populationen, die aus einer verseuchten Gegend kommen, eine Auslese von relativ immunen Individuen darstellen. Daraus ergab sich die Möglichkeit, daß der Zusammenhang zwischen der Blutgruppe und auch anderer anthropologischer Struktur und einer Krankheitsdisposition davon abhängen kann, ob die betreffende Blutgruppe aus einem Gebiet von einer größeren epidemiologischen Intensität in ein weniger verseuchtes Gebiet oder auch umgekehrt wanderte."
E. Langer-Berlin.

Die Bedeutung vergrößerter Nackendrüsen (The Significance of Enlarged Glands in the Neck), von J. Friedman und S. D. Greenfield-Brooklyn, New York. (Med. J. and Record, 1924, Bd. 120, Nr. 8, S. 382—385.) Besprechung der verschiedenen, akuten und chronischen, zu Vergrößerungen der Nackendrüsen führenden Krankheitszustände. Von dermatologischen Affektionen führen dazu im hinteren Abschnitte des Schädels lokalisierter Lupus, Ekzem, Furunkulose und besonders Pedikulosis, auf die stets mangels sonstiger sichtbarer Ursachen zu fahnden ist. Syphilitische Nackendrüsenschwellungen bilden eine Teilerscheinung des allgemeinen Ergriffenseins des lymphatischen Systems; Spirochaeta pallida kann in ihnen nachgewiesen werden.
E. Levin-Berlin.

Über die sogenannten Angioneurosen (On the So-Called Angioneurotic Eruptions), von A. Ravogli-Cincinnati. (Ohio State Med. J., Dez. 1922.) Urtikaria, Pruritus, rezidivierende Ekzeme und endlich die Erythemata (Erythema multiforme exsudativum Hebrae, Erythema nodosum), unter denen auch die Dermatitis herpetiformis Duhring abgehandelt wird, werden von einem gemeinsamen ätiologischen Standpunkt aus betrachtet. Verf. sucht nämlich auf Grund der angeführten Literatur wie eigener Versuche zu beweisen, daß diese sogenannten angioneurotischen Dermatosen durch Giftwirkung auf die Gefäßnerven zustande kommen. Die Gifte können einmal durch die Nahrung eingeführt werden, ein andermal durch eine schlechte Verdauung entstehen, schließlich auch von einem gestörten Zellstoffwechsel stammen. Durch sie können nun alte Symptome vom Juckreiz bis zur Blasenbildung hervorgerufen werden. — Als Therapie wird Kalomel in kleinen Dosen mit Na bicarbonat, 2—3mal pro die angegeben.
F. M. Peter-Hamburg.

Beitrag zur Frage der Überempfindlichkeit bei Hautentzündungen, von E. Lehner u. E. Rajka-Budapest. (W. m. W., 1924, Nr. 44, S. 2286.) Ausgehend von mehreren klinischen Fällen besprechen die Verff. die verschiedenen Möglichkeiten für das Auftreten einer Sensibilisierung. Klinisch handelt es sich bei den Überempfindlichkeitsreaktionen entweder um ein erythematöses und urtikarielles oder ein ekzematöses Krankheitsbild, dessen Entstehung abhängig ist: von den quantitativen Differenzen des einwirkenden Reizes, von der Lokalisation der Überempfindlichkeit und von dem Wege, auf dem der Reiz an die Haut gelangt, und der entweder vaskulär oder vaskulo-epithelial sein kann. Ein hämatogener Reiz erzeugt im allgemeinen ein erythematös-urtikarielles Bild, der exogene Reiz das ekzematöse, da die an die Haut gebrachten Reizmengen quantitativ durch diese Wege verschieden seien. Doch gibt es auch Abweichungen von dieser Regel. Ferner kann bei einer vaskulo-epithelialen Überempfindlichkeit nur der vaskuläre Apparat überempfindlich sein, andererseits auch die Epidermiszellen, ohne daß sie zunächst an der Entzündung sich beteiligen,

Digitized by Google

sondern erst bei direkter Berührung des Epithels mit der reizenden Substanz. Es können hierbei bei der Heranbringung der schädlichen Substanz auf hämatogenem Wege primär die Gefäße alteriert werden bei völligem Verschontbleiben des ebenfalls überempfindlichen Epithels. Die Folge ist ein Erythem. Gelangt aber die reizende Substanz durch die Kapillarwände an die Epidermiszellen und greift diese außer den Gefäßzellen auch an, so entsteht eine ekzematöse Entzündung. Bei einer Einwirkung von außen muß die Schädlichkeit regelmäßig zuerst die Epidermiszelle treffen und zur ekzematösen Erkrankung führen; doch kann schließlich auch hier die entzündliche Gefäßreaktion die Epithelreaktion übertreffen, dann folgt eine leichte Epithelalteration mit starker Gefäßreaktion in Form von Hyperämie und Ödem.

E. Langer-Berlin.

Proteinkörperwirkung und Sympathikus, von R. Uhlmann-Fürth. (Zbl. f. inn. Med., 1924, Nr. 41, S. 833.) Weitgehender Parallelismus zwischen Eiweißinjektion und Sympathikuswirkung. Als Sympathikuswirkung kann man es z. B. auffassen, wenn ein Magengeschwür durch Novoprotein beeinflußt wird; weiter konnte Verf. feststellen, daß nach Novoprotein die Menses geringer wurden; auch diese Erscheinung wird durch Reizung des Sympathikus erklärt. Wie bei Sympathikusreizung sehen wir bei Eiweißinjektion eine Erhöhung des Blutzuckers. Nicht ganz so eindeutig ist die Wirkung auf das Gefäßsystem, ob es da wirklich zu einer Blutdrucksteigerung kommt. Was die Proteinkörperwirkung auf Organsysteme anlangt, so verläuft sie teils hemmend (Bronchiolen, Magen, Darm), teils fördernd (Herz, Gefäße, Uterus), also ähnlich, wie wir es beim Sympathikus sehen. Umgekehrt scheint auch eine gewisse Übereinstimmung zu bestehen zwischen Sympathikus und den für die Proteinkörper charakteristischen Reaktionen: gemeinsam ist beiden die Stoffwechselsteigerung, Blutzuckererhöhung und vielleicht die Temperaturerhöhung. Ein Unterschied besteht dagegen im Verhalten des Blutbildes und der Drüsensekretion. Während Eiweißinjektion eine vermehrte Sekretion der Milchdrüsen, der Galle des Pankreas, der Magendrüsen und der Thränendrüsen hervorruft, sehen wir diese Erscheinungen nicht bei der Sympathikusreizung.

F. Landauer-Berlin.

Über die chronische Proteinvergiftung, von F. Pentimalli, Inst. f. Allg. Path. Univ. Neapel. (Kl. W., 1924, Nr. 46, S. 2090.) Ausführlicher Bericht über ausgedehnte Tierversuche zur Feststellung der Erscheinungen, die durch eine chronische Proteinvergiftung zustande kommen, als deren Folgen ein Zustand von „Hämopathie mit Anämie" und in gewissen Fällen eine „Form von teils aleukämischer, teils leukämischer Lymphoadenie und Myelodenie" auftreten. Die wichtigen Ergebnisse können in einem kurzen Referat nicht wiedergegeben werden und müssen im Original nachgelesen werden.

E. Langer-Berlin.

Kolloidale Reaktionen, zentrale bzw. periphersche Verschiebungen im Blutbild, von J. K. Mayr, Univ.-Hautkl. München. (D. m. W., 1924, Nr. 43, S. 1479.) Goldsollösungen, deren Salzempfindlichkeit unterhalb von 0,35% bzw. oberhalb von 0,5% liegt, sind unbrauchbar. Sie müssen stets frisch zubereitet sein, da bereits nach 12stündigem Stehen die Reaktionsfähigkeit beeinträchtigt sein kann. Die Wasserstoffionenkonzentration hat keinen Einfluß auf die Reaktion. Je kolloidempfindlicher eine Lösung ist, desto weniger vermag sie feine Unterschiede anzuzeigen. Die Globulinfraktionen des Serums haben dem Goldsol gegenüber ausflockende Tendenzen. Am stärksten wirkt Fibringlobulin. Irgend welche Verschiebungen im Ausflockungsmaximum der Kurve werden durch die Globulinfraktionen nicht bedingt. Ohne Globuline entsteht im Serum oder Liquor keine Ausflockung. Albumine besitzen eine gewisse Aktivität im Sinne einer Schutzwirkung. Salze und die übrigen Bestandteile der Körperflüssigkeiten haben keinen Einfluß auf die Kurvenbildung. An anaphylaktischen und entmilzten Tieren hat Verf. festgestellt, daß die Zahl der eosinophilen Zellen im umgekehrten Verhältnis zur Größe des Gefäßdurchschnittes steht. Ganz ähnliche Verhältnisse, wenn auch in quantitativ geringerem Maße, finden sich bei den polymorphkernigen Leukozyten. Lymphozyten dagegen sind in den kleinen Gefäßabschnitten vermehrt.

F. Harry-Wiesbaden.

Beitrag zum Verhalten der Leukozyten nach Hautreizen, von W. Gundermann und A. Kallenbach, Chir. Univ.-Kl. Gießen. (M. m. W., 1924, Nr. 35, S. 1195.) Versuche mit kalter und körperwarmer Injektionsflüssigkeit, mit ätzenden Säuren und Laugen und mit einfachen Hauteinstichen: der von E. F. Müller festgestellte Leukozytensturz nach Intrakutaninjektionen ist lediglich Schmerzfolge.

A. v. Notthafft-München.

Digitized by Google

Der peripherische Leukozytensturz — die Folge einer Leukozytenanreicherung in der Leber, von E. F. Müller-Hamburg-Eppendorf. (M. m. W., 1924, Nr. 21, S. 672.) An Ratten, die durch intravenöse Injektion von Luft rasch getötet wurden, konnte nachgewiesen werden, daß der nach intravenöser Salvarsaninjektion hervorgerufene Leukozytensturz auf einer Ansammlung von Leukozyten in der Leber und im Splanchnikusgebiet beruht. Der nach Salvarsan auftretende Leukozytensturz bei der Ratte entspricht durchaus dem beim Menschen, und dieser wieder gleicht völlig dem Leukozytensturz, der sich beim Menschen nach Intrakutaninjektion zeigt. Gleichzeitig konnte nachgewiesen werden, daß während der peripherisch nachweisbaren Leukozytensenkung auch eine entsprechende Leukozytenverminderung im Herzblut besteht. Die Verminderung betrifft beide Ventrikel in gleicher Weise. Ein Unterschied zwischen Leukozytengehalt des arteriellen und venösen Blutes besteht also nicht. — Aus seinen Untersuchungen zieht Müller den Schluß, daß auch bei der Intrakutaninjektion eine reflexartige Leukozytenansammlung in der Leber eintritt. Nach Suprarenininjektion wurde eine Leukozytenverminderung im Leberblut beobachtet, nach Pilocarpin eine Vermehrung. Damit ist der Beweis erbracht, daß man eine gleiche oder ähnliche Reaktion wie die intrakutane Aolaninjektion erzielt, wenn man das parasympathische System durch pharmakodynamische Mittel reizt, und diese Reaktion kann man wieder durch pharmakologisch entgegengesetzt wirkende Mittel beeinflussen.

A. Holländer-Hamburg.

Intrakutaninjektionen und ihre Folgeerscheinungen, von W. G. Müller. Univ.-Klin. und Polikl. f. Hautkrankheiten Greifswald. (M. Kl., 1924, Nr. 47, S. 1643 bis 1644.) Durch Intrakutaninjektionen von 0,8%iger Kochsalzlösung wurde bei vollkommen nüchternen Personen eine Senkung des Hitzekoagulationspunktes des Serums um 1,2—1,5° beobachtet. Die Koagulationspunktbestimmung an und für sich hat für die Venerologie und Dermatologie keine diagnostische Bedeutung.

E. Levin-Berlin.

Läßt sich die Bestimmung des Hitzekoagulationspunktes im Blutserum differentialdiagnostisch verwerten? von J. K. Mayr u. H. Hofstadt, Univ.-Hautkl. München. (M. m. W., 1924, Nr. 15, S. 470.) Bekanntlich gerinnt menschliches Blutserum bei einer Durchschnittstemperatur von 73—75°. Verff. fanden, abgesehen von einer regelmäßigen Erhöhung während der Schwangerschaft, bei Haut- und venerischen Erkrankungen keine Gesetzmäßigkeit. Bei Blennorrhoe und Syphilis tritt die Gerinnung des Blutserums im allgemeinen bei 76—77° ein. Verff. glaubten aber, daß es sich bei diesen Krankheiten mehr um Grenzwerte zum Normalen als um pathologische Befunde handelt. Bei Lues wurde zuweilen eine Gerinnungstemperatur von 80° gefunden. Im Gegensatz zu Hachez, der bei unbehandelter florider Lues eine Erniedrigung fand, stellten Mayr und Hofstadt dies nur in zwei von 11 Fällen fest. Sie schreiben allen diesen Untersuchungen keine besondere differentialdiagnostische Bedeutung zu, glauben aber, daß sie bei der Frage der Beziehungen der Haut zu anderen Organen eine Rolle spielen können. A. Holländer-Hamburg.

Pharmakologie und allgemeine Therapie.

Neutralsalzreaktionen an der Haut, von S. Bommer, Univ.-Hautkl. Heidelberg. (Kl. W., 1924, Nr. 39, S. 1758.) Verf. hat mit NaCl, KCl, $CaCl_2$ und $MgCl_2$ intrakutane Hautreaktionen vorgenommen, indem er die Lösungen nach vorheriger Bestimmung derselben auf den gleichen Gefrierpunkt in Mengen von 0,2 ccm jeweils injizierte. Es mußten dabei in 100 g der Lösung vorhanden sein: bei NaCl 0,9 g, beim KCl 1,16 g, beim $CaCl_2$ 1,22 g und beim $MgCl_2$ 1 g. Es zeigte sich, daß der Erfolg der Injektion bezüglich Schmerz, reflektorischem rotem Hof, lokalem rotem Hof, pilomotorischer Reaktion, Farbe der injizierten Quaddel, sekundärer Quaddelbildung und Tropfen aus dem Stichkanal bedeutend, aber für jede typisch bei den vier verschiedenen Lösungen differiert. Weiterhin zeigte sich, daß die gleichen Phänomene auch bei hypo- und hypertonischen Lösungen in gewissen Grenzen auftreten. Ein Vergleich mit den pharmakodynamischen Hautreaktionen ergibt, daß qualitativ die Koffein- und die $MgCl_2$-Reaktion sich gleichen, wenn auch geringe quantitative Unterschiede — nach Injektion einer 1%igen Koffeinlösung Auslösung intensiverer Erscheinungen — bestehen. Die $MgCl_2$-Wirkung dürfte demnach auf einer Gefäßerweiterung beruhen. Gewisse gemeinsame Momente haben $CaCl_2$ und Morphium, doch unterscheiden sich diese beiden dadurch, daß die Morphiumwirkung

Digitized by Google

aus einer Quaddelbildung und einer mäßigen Gefäßerweiterung sich zusammensetzt, während die $CaCl_2$-Wirkung aus einer Quaddelbildung und einer Gefäßverengerung besteht. Die KCl-Reaktion kann man mit keiner pharmakodynamischen vergleichen. Auch hier steht neben anderen Wirkungen im Vordergrunde die Gefäßerweiterung, die jedoch lediglich auf das Injektionsgebiet beschränkt bleibt. Bei Kombinationen der betreffenden Lösungen kommt es zum Teil zu einer Abschwächung, zum Teil zu einer Verstärkung der Wirkung.

Nach den vorliegenden Untersuchungen der vier verschiedenen Kationen als Reizfaktoren zeigten sich demnach typische Reizerscheinungen, die sich nur mit dem Wechsel des Kations änderten, so daß in diesem wohl die Ursache für den jeweiligen Charakter und den Verlauf der Reaktion zu suchen ist. E. Langer-Berlin.

Neuere Wege in der Dermatotherapie, von F. Luithlen. (W. m. W., 1924, Nr. 47, S. 2486.) Allgemeine Besprechung der Organ-, der Proteinkörpertherapie und der Chemotherapie, insbesondere mit Kieselsäure und Kalk bei Hauterkrankungen, ohne im wesentlichen etwas Neues zu bringen. E. Langer-Berlin.

Die modernen Anschauungen über die Vakzinetherapie (Les idées modernes sur la vaccinothérapie), von L. Goldenberg und L. Panisset. (Progr. méd., 1924, Nr. 42, S. 624—626.) Es wird besonderer Wert auf die örtliche Immunisierung gelegt, mit der bei verschiedenen Infektionen (bes. Pyorrhoe) gute Erfolge erzielt wurden. E. Levin-Berlin.

Die Vakzine- und parenterale Eiweißbehandlung der Haut- und Geschlechtskrankheiten, von A. Perutz. (W. m. W., 1924. Nr. 36, S. 1848. Nr. 37, S. 1906 und Nr. 38, S. 1954.) Allgemein gehaltener Fortbildungsvortrag. Besprechung der verschiedenen Methoden der spezifischen und unspezifischen Vakzine- und Proteinkörpertherapie und ihrer Indikationen, ohne irgend etwas Neues zu bringen. E. Langer-Berlin.

Über Arzneimittel der unspezifischen Proteinkörpertherapie, von R. Schmidt-Prag. (Zschr. f. ärztl. Fortbild., 1924, Nr. 19, S. 579.) Als Veröffentlichung der Subkommission der Gemeinsamen deutschen Arzneimittelkommission hat R. Schmidt seinen Standpunkt mit dem seiner Schule im folgenden zusammengefaßt: Alle proteinkörper-therapeutischen Agentien sind, auch bei scheinbar heterogenster Natur, für den therapeutischen Effekt in entsprechender Dosierung untereinander substituierbar. Entscheidend ist nicht das „Quale", sondern das „Quantum" und die Applikationsart. Pyrogene und Herdreaktionen sind durchaus wünschenswert, wenigstens in mittlerer Stärke. „Reaktionslosigkeit schließt die Gefahr der Scheinbehandlung" in sich. Intravenöse Zufuhr der Proteinkörper hält R. Sch. in der ambulanten Praxis besser für vermieden. Von den schon subkutan und intramuskulär wirksame Reaktionen gebenden Präparaten erwähnt Sch.: Tuberkulinpräparate, native Milch, Hypertherman, Phlogetan. Die bekanntesten Arzneimittel der unspez. Proteinkörpertherapie werden schließlich nach orientierenden, prinzipiellen Gesichtspunkten zusammengestellt in den Gruppen: Sera (normale und spezifische), Iso- und Heterovakzine, Milchpräparate, Kasein-Präparate, Nukleinpräparate, andere Eiweißpräparate (z. B. Novoprotin). Für die Zulassung zur Kassenverordnung sind empfohlen: sterile Milch-Normalseren. F. Jacobsohn-Berlin.

Wandlungen von der unspezifischen parenteralen Proteinkörpertherapie zur regulativen Reiztherapie, von A. Zimmer, Chir. Univ.-Kl. Berlin. (M. m. W., 1924, Nr. 25, S. 818.) Durch Biers Einführung des Reizbegriffes an die Stelle von Weichhardts Protoplasmaaktivierung sind Reiz und Reizgesetze unter den chemischen und physikalischen Gesichtspunkten bei Beurteilung von Therapie und Lebensvorgängen wieder in den Vordergrund getreten. An Stelle der parenteralen Proteinkörpertherapie ist die parenterale Reizkörpertherapie getreten, von der die Eiweißkörpertherapie nur einen Teil bildet. Neben der parenteralen Reiztherapie steht die orale. Der Reizmechanismus ist sehr mannigfaltig, sowohl hinsichtlich des Reizstoffes wie auch bezüglich des ursprünglichen Angriffspunktes im Körper (örtlicher Herd, endokrine Drüsen, kolloidale Blutstabilität usw.). Das aktive Mesenchym hat bei der Reiztherapie eine wichtige Bedeutung. Das Wesen der Reiztherapie ist nicht omnizelluläre Leistungssteigerung, sondern eine auswählend regulierende Fähigkeit. Wir beabsichtigen statt rein unspezifischer Behandlungsmethoden gewebsspezifische (organotrope) Einwirkungen zu erreichen. Praktische Verwendungsart: Anregung der natürlichen, für jede Krankheit spezifisch ausgewählten Heilkräfte im Organismus durch Reizmittel, die bei Vermeidung aller unnötig belastenden Reaktionserscheinungen

Digitized by Google

nur solche Reaktionen nach sich ziehen, die nach sorgfältiger Prüfung aller in der elektiven Beeinflussung gelegenen Möglichkeiten (Gewebespezifität) zur Erreichung des therapeutischen Zieles unbedingt nötig sind. Vermeiden von Stoffen, die durch den Entzündungsherd und das aktive Mesenchym gespeichert werden und daher den Reaktions- und Entzündungszustand für längere Zeit erhöhen, zugunsten von zu deutlichen Herdreaktionen führenden, aber nicht zurückgehaltenen Mitteln. Dosierung nicht schematisch, sondern dem Einzelfalle angepaßte Schwellenreiztherapie.

A. v. Notthafft-München.

Der parenteral einverleibte Alkohol in der Reiztherapie, von B. Spiethoff, Univ.-Hautkl. Jena. (M. m. W., 1924, Nr. 27, S. 773.) Injektionen in die Gesäßmuskulatur (0,1—0,3 ccm Alkohol in 1 ccm Wasser) sind ziemlich schmerzfrei. Auf 3mal wöchentlich stattfindende Injektionen von 0,3 erweichen tiefe Trichophytieknoten sehr rasch, flächenhafte Infiltrate bilden sich ohne Erweichung rasch zurück; Furunkel, Drüseninfiltrate, Akneknoten, Phlegmone und andere ebenso. Bei gangränösen Prozessen rasche Abheilung. Bei tuberkulösen Hautleiden dient der Alkohol als Reizmittel: 0,1 mit 1—2tägigen Intervallen; nach 3 Injektionen weitere drei zu 0,2, dann zu 0,3 (6—9 Injektionen), allenfalls weitere 0,4. Refraktäre und gegen chemische Reize überempfindliche Psoriasis ebenso: deutlicher Rückgang unter gleichzeitiger Behandlung mit indifferenten Salben. Bei infektiösen oder sekundär infizierten Ekzemen mit Tiefeninfiltration 0,4 mit 1—2tägigem Intervall. Von den blennorrhoischen Komplikationen verlangen Epididymitis und allenfalls auch weibliche Adnexerkrankungen im akuten und subakuten Stadium Vorsicht, da Herdreaktionen unerwünscht sind: anfangs nur 0,01 aller 3 Tage; längere Pausen bei Herdreaktion und Fieber. Bei anderen Komplikationen 0,3 mit 1tägigem Intervall. Nach der 3. Injektion wird auf 0,4 und allenfalls auf 0,5 gestiegen.

A. v. Notthafft-München.

Die biologischen Grundlagen der parenteralen Eiweißtherapie, von W. Arnoldi, II. Med. Kl. Charité Berlin. (Zschr. f. d. ges. exper. M., 1924, Bd. 42, H. 4/6, S. 502—547.) Untersuchungen, die Aufschluß geben sollen über die einzelnen Reaktionen nach Eiweißinjektionen, über die zeitlichen Beziehungen der verschiedenen Reaktionen zueinander, die individuellen Besonderheiten der Reaktionsweise und die biologischen Vorgänge nach parenteraler Eiweißzufuhr. Durch parenterale Eiweißzufuhr kommt es in erster Linie zur Beeinflussung der Elektrolyse sowie des ganzen vegetativen Systems. Dann erfolgt eine Veränderung der Flüssigkeitsbewegung, von der noch andere Reaktionen abhängig sind, wie Änderungen der Urinmenge, der Salzmolenausscheidung, des NaCl-Gehaltes des Blutes, der alveolären Kohlensäurespannung des Blutes, Beeinflussung der Alkalireserve, der Wasserstoffionenkonzentration des Urins, Änderungen des Körpergewichts, Blutdruckschwankung, des Gaswechsels, Beeinflussung der Temperatur, der Leukozyten und des Stickstoffwechsels. Alle Reaktionen hängen von der individuellen Grundeinstellung ab, deshalb haben sie ein charakteristisches individuelles Gepräge. Die Zufuhr von Elektrolyten vermag allerdings die individuelle Grundeinstellung ganz zu verändern. Die parenterale Eiweißtherapie bewirkt eine Beeinflussung der Leberfunktion sowie eine Beeinflussung der Durchblutung der einzelnen Organe und des Lymphabflusses aus ihnen. Die Nachwirkungen der Eiweißinjektionen können sehr lange dauern, die Wirkungsdauer ist aber auch zeitlich begrenzt. Zur Erzielung eines Dauererfolges muß während der Zeit der Umstimmung in der gewünschten Richtung die Heilung der erkrankten Organe erfolgt sein. Einzelheiten sowie die zahlreichen beigegebenen Tabellen müssen im Original eingesehen werden.

A. Holländer-Hamburg.

Über eine neue Dosierungsmethode unspezifischer Mittel, von W. Patzschke, Univ.-Hautkl. Allg. Krkhs. Eppendorf, Hamburg. (D. m. W., 1924, Nr. 41, S. 1412.) Die Senkungsgeschwindigkeit (S.-G.) der roten Blutkörperchen bei Epididymitis gonorrhoica weist weitgehende Differenzen auf. Bei vergleichenden Untersuchungen ergab sich jedoch, daß mit steigender S.-G. der Organismus empfindlicher gegen unspezifische Mittel ist. In solchen Fällen dürfen nur geringe Dosen verabreicht werden. Den Einfluß der Therapie und die Reaktion des Organismus kann man durch tägliche Untersuchungen der S.-G. genau verfolgen. Rasch aufeinander folgende Injektionen wirken schädlich. Das Auftreten von Fieber bedeutet nicht immer einen Heilfaktor. Es wurden Fälle beobachtet, bei denen lange anhaltendes Fieber den Krankheitsverlauf nicht günstig beeinflußte. Patienten mit hoher S.-G. reagierten wenig auf unspezifische Mittel.

F. Harry-Wiesbaden.

Digitized by Google

Die Arsentherapie in der Dermatologie auf Grund der biochemischen Tatsachen, von K. Ullmann-Wien. (Zbl. f. Haut- u. Geschlechtskrkh., 1924, B. 13, H. 3/4 u. H. 5/6, S. 97 u. 209.)

Die iontophoretische Anästhesie und ihre Anwendungsmöglichkeiten, von F. Wirz, Univ.-Haut-Kl. München. (M. m. W., 1924, Nr. 14, S. 425.) Im allgemeinen Wiederholung der Veröffentlichungen in Derm. Wochenschr. 74, S. 321, 75, S. 794, 76, S. 3. Das Anwendungsgebiet ist klein, leistet aber innerhalb desselben Vorzügliches. Die Schleichsche Methode anästhesiert in größere Tiefen. Die Methode versagt im pathologisch flüssigkeitsreichen Gewebe (Furunkel, Phlegmonen). Vorteile: Schmerzlosigkeit (Kinderpraxis), keine Verziehung des Operationsfeldes, Verhütung der Keimverschleppung, Möglichkeit, größere Flächen mit geringsten Mengen Kokain zu anästhesieren, längere Dauer der Anästhesie, Anwendbarkeit bei Teleangiektasien, vollständig unblutiges Operieren, daher bessere Wundheilung. Erleichterung der Transplantation fettloser Kutislappen und der Transplantation nach Thiersch. A. v. Notthafft-München.

Andriol in der Kinderpraxis, von K. Kundratitz. Mautner Markhofsche Kindersp. Wien. (W. m. W., 1924, Nr. 43, S. 2259.) Verff. haben in der Kinderpraxis an einer großen Zahl von Dermatosen die Truttwinschen Salben erprobt und damit recht günstige Resultate erzielen können. Besonders reichlich kam die Andriol-Uransalbe zur Anwendung, die dem Verf. sehr gute Dienste bei ekzematösen und impetiginösen Prozessen geleistet hat. Bei nässenden Ekzemen wurde vor der Salbenanwendung mit einer wässerigen Lösung in denselben Konzentrationen wie die Salben vorbehandelt. Auch bei verschiedenen chronischen Affektionen wurden sehr zufriedenstellende Resultate erzielt. E. Langer-Berlin.

Über die Verwendung des Psikains in der Chirurgie und Urologie, von Asal und Lurz, Chirurg. Univ.-Klin. Heidelberg. (M. Kl., 1924, Nr. 47, S. 1647—1648.) Psikain ist dem Kokain für Oberflächenanästhesie weit überlegen. Im Gegensatz zu Kokain wirkt es gefäßerweiternd, so daß ein Zusatz von Adrenalin angezeigt erscheint. E. Levin-Berlin.

Das salzsaure Pepsin in der kleinen Chirurgie, von G. Eichelter, I. Chir. Univ.-Kl. Wien. (Arch. f. kl. Chir., 1924, Bd. 130, H. 4.) Verf. berichtet über 15 Fälle pyogener Infektionen, die nach der von Schönbauer angegebenen salzsauren Pepsinlösung (4,5 g Acid. hydrochlor. dil., 1 g Pepsin Kathe steril auf 1500,0 steril Aq. dest.) (nur 2—3 Tage haltbar!), teils mittels Injektionen in den Eiterherd, teils durch Inzisionen und feuchten Verband mit der Lösung geheilt wurden. Es trat aber doch bei 5 Fällen ein Mißerfolg ein, der eine Inzision nötig machte, besonders bei Abszessen am Kopf. Verf. sieht deshalb im allgemeinen die Behandlung mit salzsaurem Pepsin als eine Bereicherung unserer jetzigen Therapie an.
A. Rosenburg-Mannheim.

Rivanol in der Chirurgie, von W. Bock, Evang. Krkhs. Duisburg-Beeck. (D. m. W., 1924, Nr. 37, S. 1250.) 0,1%ige Rivanollösungen haben sich bei Wochenbettfieber, Abszessen, Bubonen, ferner zur Unterstützung der Heilung nach der Operation bei Kniegelenkseiterungen, Pleuraempyem, Mastitis, Appendizitis und allgemeiner Peritonitis bewährt. F. Harry-Wiesbaden.

Zwei Jahre Rivanol, von O. Blass, Chir. Abt. Städt. Krkhs. Bielefeld. (D. m. W., 1924, Nr. 37, S. 1245.) Verf. berichtet über gute Heilerfolge mit Rivanol als Oberflächen- und Tiefenantiseptikum. Sodann verweist er auf die granulationshemmende Eigenschaft des Rivanols in der Konzentration von 1:500 und 1:1000, während höhere Konzentrationen (1%) granulationsanregend wirken.
F. Harry-Wiesbaden.

Über zwei neue Präparate zur Behandlung schlecht heilender Wunden, von H. Oppenheim-Berlin-Dahlem. (Zbl. f. Chir., 1924, Nr. 46, S. 2538.) Das Epithelan, eine feste chemische Verbindung hochwertiger Kohlenwasserstoffe, wirkt anregend bei kranken, schlaffen Granulationen; es entfaltet dabei eine ausgesprochen selektive Wirkung, indem es die frische, gesunde Wunde nicht reizt; es hat sich bewährt bei Erfrierungen, Verbrennungen und Ekzemen. Das Vertoform ist basisch ameisensaures Bleihydroxyd und vereinigt in sich die adstringierende Wirkung des Bleies mit der desinfizierenden der Ameisensäure. Es zeichnet sich vor den anderen Wundpudern durch gesteigerte Tiefenwirkung bei völliger Reizlosigkeit aus. — In den Handel gebracht werden beide Präparate von den Orbiswerken in Braunschweig.
F. Landauer-Berlin.

Digitized by Google

Die Bedeutung der Chlorionen für die Heilung der Entzündungen und der malignen Neubildungen, von E. Andersen, Städt. Krkanst. Kiel. (M. m. W., 1924, Nr. 28, S. 933.) Bei Erysipel wird Cl im Körper zurückgehalten. Die Zelle wird durch Cl-Aufnahme in einen erhöhten Abwehrzustand versetzt. Bei zu reichlicher Cl-Aufnahme entsteht Nekrose. Wie die Zellen der Entzündung sind auch die Krebszellen Cl-reicher. Röntgenbestrahlung von Krebsen erhöht den Reiz und damit die Cl-Aufnahme und kann so zur Zellnekrose führen. Der Körper der Krebskranken ist in der Regel chlorärmer. Darum ist bei Bestrahlungen demselben NaCl zuzuführen. Infolge des größeren Cl-Reichtums der Haut wird diese leicht durch Röntgen geschädigt. A. v. Notthafft-München.

Verwendung der Tanninwasserlösung zur Händedesinfektion, von W. L. Pokotilo, Chir. Univ.-Kl. Odessa. (Zbl. f. Chir., 1924, Nr. 36, S. 1969.) Nach der üblichen Waschung der Hände mit Bürste und Seife empfiehlt Verf. Abreiben mit abgekochter 5%iger Tanninwasserlösung. Um die Haut nicht zu schädigen, muß jedesmal nach der Operation das Tannin gründlich entfernt werden. Gegen etwaige Flecke in der Wäsche Anwendung von Oxalsäure. F. Landauer-Berlin.

Noch einmal meine Methode der intravenösen Anwendung öliger Substanzen, von Lenzmann-Duisburg. (Ther. d. Gegenw., 1924, Jahrg. 65, H. 7, S. 304.) Vorsicht bei der Injektion durch Vermeidung von Schädigungen des perivaskulären Gewebes. Es darf keine Spur der Lösung neben die Vene geraten. Zunächst Reinigung oder Durchspritzung der Nadel und Spritze mit Natrium-citricum-Lösung, um eine Gerinnung des vor der Injektion eingesogenen Blutes zu verhindern. Verf. bedient sich nicht nativen Öls, sondern einer durch Emulgierung des Öls mit Kaseosan hergestellten Präparates. Die Spritze darf nicht mit Alkohol, sondern mit Wasser gereinigt werden. Infolge der Emulgierung ist die ölige Substanz zu feinen Tropfen verteilt, die sicher das Kapillarsystem der Lunge passieren. Embolie ist nicht zu befürchten. Durch dieses Verfahren: Emulgierung des Öls mit Kaseosan und geringe Vermischung mit 5%iger Natrium-citricum-Lösung braucht der Verf. viel geringere Mengen zur Injektion, die trotzdem wirksamer sind als die intramuskulären. Verf. gibt dann noch einzelne Indikationen für die intravenöse Öltherapie an.
W. Chrzelitzer-Waldenburg.

Über Liquor Cadini detergens, von L. Kossler und A. Perutz, Pharmakognost. Instit. Univ. Wien. (M. Kl., 1924, Nr. 39, S. 1365—1366.) Liquor Cadini detergens stellt eine aus 1 Teil Ol. Cadini und 20 Teilen Primulatinktur bereitete klare Flüssigkeit von nicht unangenehmem Geruch dar, die für Lösungen und Salben verwendbar ist, mit Wasser in jeder Verdünnung haltbare Emulsion bildet, sich auch zur Herstellung von Teerbädern eignet. Entfärbung ist durch ammoniakalische Bleiazetatlösung möglich, doch tritt dabei bedeutende Herabsetzung der Konzentration ein. Das Präparat ist dem Liquor carbonis detergens gleichwertig.
E. Levin-Berlin.

Über Dikodid, insbesondere als Sedativum der männlichen Genitalsphäre (Anaphrodisiakum), von F. Simon, Dermatol. Abt. Rudolph-Virchow-Krkh. (M. Kl., 1924, Nr. 48, S. 1696— 1697.) In 30 Fällen von Genitalerkrankungen, besonders Tripper erwies sich Dikodid von prompter Wirkung gegen schmerzhafte Erektionen und Pollutionen; keine unmittelbare Schlafwirkung. Anwendung in subkutanen Injektionen von D. hydrochlor. 0,015—0,023, gewöhnlich in Pausen von 2—3 Tagen, durchschnittlich 8 Spritzen. In einzelnen Fällen zeigte sich Gewöhnung.
E. Levin-Berlin.

Über ein neues trypanozides Antimonkomplexsalz (Heyden 661), von P. Uhlenhuth, Ph. Kuhn und H. Schmidt, Hyg. Inst. Univ. Freiburg i. Br. (D. m. W., 1924, Nr. 38, S. 1288.) Dourine- und Nagana-kranke Mäuse konnten durch eine einmalige Injektion von 2 mg des Präparates 661, wenn die Infektion noch nicht zu weit vorgeschritten war, völlig geheilt werden. Bei länger zurückliegender Infektion waren im ganzen 2 Injektionen erforderlich. Das Präparat 661, bei dem als Komplexbildner ein Brenzkatechinderivat verwendet wurde, ist dem Tartartus stibiatus an Heilkraft weit überlegen und besitzt geringere Giftigkeit als dieser. Heilversuche bei menschlicher Schlafkrankheit und bei der Tsetsekrankheit der Rinder sind im Gange.
F. Harry-Wiesbaden.

Zur Kenntnis der trypanoziden Wirkung des Antimons, von S. Ramsin und R. Schnitzer, Inst. „Robert Koch" Berlin. (Arch. f. Schiffs- u. Trop.-Hyg., 1924, Bd. 28, H. 11, S. 471.) An naganainfizierten Mäusen werden Versuche über die

Digitized by Google

trypanozide Wirkung des Stibenyls (p-azetyl-amino-phenyl-stibinsaures Na) angestellt und gefunden, daß seine Wirkung bei geringerer Giftigkeit kleiner ist als die des Brechweinsteins. Hingegen waren zum Unterschied vom Brechweinstein die mit Stibenyl behandelten Tiere ausnahmslos rezidivfrei. Weiter war ein arsenfester Stamm erheblich fest gegen Stibenyl bei mangelnder Festigkeit gegen Brechweinstein. Antimonfestigkeit ist demnach nicht mit der von Brechweinstein identisch. Auch in der Antimonreihe bestehen von der Konstitution abhängige Aziditätsunterschiede.
F. M. Peter-Hamburg.

Über das Verhalten der wässerigen und alkoholischen Sublimatlösungen gegen verschiedene Adsorptionsmittel (Ein Beitrag zur Toxikologie der Quecksilbersalze), von M. A. Rakusin und A. N. Nesmejanow, Organ.-chem. Labor. Univ. Moskau. (M. m. W., 1924, Nr. 14, S. 429.) Bei früheren Untersuchungen wurde von Verff. festgestellt, wie groß der Unterschied in der Wirkung von Tier- und Holzkohle auf Sublimatlösungen im gleichen Lösungsmittel ist. Heute suchen Verff. nun dieses merkwürdige Verhalten aufzuklären. Auf Grund ihrer Untersuchungen schließen sie sich Schmidt, Schilow u. a. an, wonach die Beteiligung des Lösungsmittels am Adsorptionsprozeß bewiesen ist. A. Holländer-Hamburg.

Die Anwendungsgebiete der Elektrizität in der Dermatologie (Electricity in Dermatology), von E. D. Chipman-San Franzisko. (J. Am. m. Ass., 1924, Bd. 83, Nr. 13, S. 971.) Nichts Neues. A. de Lemos-Hamburg.

Über die Anwendung eines Glyzerinpflanzenschleimpräparates (Glycerinomucigen) in der dermatologischen Praxis, von G. Scherber, Hautabt. Rud.-Sp. Wien (Ther. d. Gegenw., 1924, Jahrg. 65, H. 11, S. 526.) Das Präparat besteht in der Hauptsache aus chemisch reinem Glyzerin, in das 70% Zinc. oxydat. und je 5% Amylum und Talc. venet. gebracht sind. Die Bindung wird durch einen Pflanzenschleim erzielt, der aus der Bartschicht eines in Kleinasien wachsenden, den Leguminosen angehörenden Strauchgewächses gewonnen wird. Mitunter gute Erfolge bei chronischem Ekzem, wenn Fett- und Vaselinesalben nicht vertragen werden. Vor allem ein sehr brauchbares Kosmetikum. M. Gumpert-Berlin.

Über Dermolentsalben und ihre Anwendung, von K. Schreiner, Derm. Kl. Graz. (W. kl. W., 1924, Nr. 41, S. 1064.) „Dermolent", hergestellt bei den „Chemisch-pharmazeutischen Werken" Graz, Landeskrankenhaus, wird als gute und billige Salbengrundlage empfohlen. Einerseits reizt Dermolent nicht wie das schlechte Kriegs- und Nachkriegsvaselin, andererseits ist es wesentlich billiger als das teuere amerikanische Vaselin. Seine Hauptanwendungsgebiete wären als Skabies- und als Kalomeldermolent, in letzterer Form besonders, da es große Tiefenwirkung hat und auf der Haut spurlos verschwindet. F. M. Peter-Hamburg.

Die neue Salbentechnik der Apotheken mit der „Kolloidsalbe Physiol", von L. Zakarias, Univ. Frankfurt a. M. (Pharmazeut. Zthalle, 1924, Nr. 45, S. 621.) Vgl. Derm. W., Bd. 79, S. 1467. R. Ley-Kreuznach.

Wollfett und Adeps Lanae, von H. Oestermann. (Pharm. Zthalle, 1924. Nr. 36, 1924, Nr. 36, S. 485.) Genaue Beschreibung der Wollfettherstellung, die übrigens schon den Römern und Griechen wohlbekannt war und jetzt nur auf Grund neuzeitlicher Technik verfeinert ist. Die weiter getriebene Reinigung der Neutralwollfettbenzinlösung führt zum Adeps Lanae. Dieser Schritt ist nicht mehr weit, erfordert aber peinlich genaues Arbeiten; es müssen dabei höhere Temperaturen sorgfältig vermieden werden, da gegen Hitze das reine Wollfett sehr empfindlich ist. Die hohen Kosten einer Apparatur (zur Fettgewinnung) bringen es mit sich, daß nur die großen Wollwäschereien sich mit der Aufarbeitung der Wollwaschwässer befassen können — bei den kleineren Wollwäschereien und Tuchfabriken ist mit dem Verlust des Fettes zu rechnen, was auch vom Standpunkt der Flußverunreinigung aus zu bedauern ist. Was die Zusammensetzung des gereinigten Wollfettes betrifft, so sind sich die Gelehrten hierüber trotz der zahlreichen Arbeiten von Chevreul bis Lifschütz keineswegs einig; ohne zu den verschiedenen Kontroversen Stellung zu nehmen, bringt Verf. eine Zusammenstellung der bisher aus dem Wollfett isolierten Stoffe, deren eine fast verwirrende Fülle aufgezählt wird. M. Stern-München.

Eine neue Nadel zur intravenösen Injektion (New Needle for Intravenous Injections), von J. L. Wollheim-New York. (J. Am. m. Ass., 1924, Bd. 83, Nr. 5, S. 357.) Beschreibung einer Nadel, die angeblich das Rotieren und das Durchbohren der hinteren Venenwandung verhindert. M. Gumpert-Berlin.

Digitized by Google

Eine Dreiwegeschaltung für Injektionen und andere Zwecke, von E. Kaufmann, Med. Univ.-Kl. Köln. (M. m. W., 1924, Nr. 40, S. 1401.) Der neue Apparat ist handlicher als andere, vermeidet die „Gefahr" der Luftembolie, gestattet gleichzeitig mit der Infusion die Injektion mit Spritze, die einzeitige Entnahme von Liquor und Kontrolle des Druckes. A. v. Notthafft-München.

Arznei- und gewerbliche Schädigungen. Dermatitis artificialis.

Statistik der beruflichen und gewerblichen Dermatitiden, von M. Oppenheim, Hautabt. Wilhelminensp. Wien. (W. m. W., 1924, Nr. 36, S. 1846.) Verf. weist auf die ungeheure Bedeutung und Häufigkeit der Hautschädigung infolge beruflicher Erkrankungen hin. Die am meisten in Frage kommende Form der gewerblichen Schädigung ist das Ekzem, dem die Dermatitis artificialis und schließlich die Toxikodermie folgen. Ausgedehnte zahlenmäßige Zusammenstellungen zeigen, daß das Ekzem sechzehnmal häufiger als die Dermatitis und zwölfmal häufiger als das Erythem ist. Es ist dringend notwendig, daß von allen Ärzten bei den Schädigungen der Haut mehr als bisher auf berufliche und gewerbliche Ätiologie der Erkrankung geachtet wird, da dann durch geeignete Therapie besonders aber Prophylaxe viel Schaden verhütet werden kann. Literaturaufzählungen und ausgiebige Kurven und Statistiken ergänzen die anregende Arbeit. E. Langer-Berlin.

Hautentzündungen nach Ersatzstoffen, von E. Galewsky-Dresden. (Kl. W., 1924, Nr. 39, S. 1767.) Verf. gibt eine kurze, aber sehr übersichtliche Zusammenfassung der während und nach dem Kriege beobachteten Dermatitiden durch Ersatzstoffe. Um nur kurz einige zu erwähnen, so geht er ein auf die Dermatitiden nach den Ersatzschmierölen und besonders auf die sog. Melanosen, deren Ursache vielleicht in Ernährungsschädigungen gemeinsam mit einer Lichtsensibilisierung zu suchen ist. Auch andere Dermatosen wurden häufig beobachtet, so durch chemisch reizendes Hutleder, durch Schellackersatz, durch Strickgarne aus Altmaterial, infolge Beschäftigung mit Siegellack usw. Wichtig sind die zahlreich, besonders in Schlesien beobachteten Fälle von Streichholzschachteldermatitis, desgleichen jene durch Terpentinersatzstoffe. Ein großes Gebiet stellen die Dermatitiden durch das Tragen von gefärbtem Pelzwerk dar und ebenso die infolge der Benutzung schlecht gefärbter schwarzer Strümpfe. Therapeutisch genügt meistens die Beseitigung des schädlichen Agens und eine milde Behandlung mit schwachen adstringierenden Lösungen oder Einfetten mit indifferenten Salben resp. Schüttelmixturen.
E. Langer-Berlin.

Bäckerdermatitis (Bakers Dermatitis), von A. C. Parsons. (Brit. m. J., 1924, Nr. 3324, S. 464.) Seit 1921 hat man „in England eine auffällige Häufung der Fälle von Bäckerkrätze" beobachtet, was zur Einsetzung einer Nachforschungskommission Anlaß gab. Besonders häufig war die Affektion in Liverpool, dem Süden von Wales und Newcastle, ferner in Manchester, der Industriegegend im Westen von Yorkshire, in Bristol und Nottingham. Die Mehrzahl der Patienten waren Angestellte, welche mit dem Kneten des Teiges, meistens manuell, aber auch an Maschinen beschäftigt waren. Daß das Mehl an sich nicht die Materia peccans darstellte, ergab sich aus der Feststellung, daß die Affektion bei Müllern nicht beobachtet wird. Andererseits ist aus der typischen Lokalisation der Läsionen und aus dem Umstand, daß beim Aussetzen der Bäckerarbeit die Affektion fast immer sehr prompt abheilt, zu entnehmen, daß die öftere Berührung mit dem Teig die Ursache des Leidens ist. Dore-London hat Sensibilitätsprüfungen mit Hefe in einem Falle ausgeführt, aber mit negativem Resultate. H. C. Semon hat eine gerichtliche Entschädigungsklage zu beurteilen gehabt, bei der der Patient nach wiederholten Rezidiven beim Teigkneten zur Bedienung eines Verbrennungsofens bestimmt wurde, aber wiederum erkrankte, was darauf zurückgeführt wurde, daß der zu verbrennende Abfall ihm in alten Mehlsäcken zugestellt wurde. A. Philippi-Bad Salzschlirf.

Pikrinsäuredermatitis (Picric Acid Dermatitis), von H. C. Semon-London. (Brit. m. J., 1924, Nr. 3325, S. 520.) Lösungen von Pikrinsäure werden in England vielfach zum Desinfizieren gebraucht und bei Operationen in ähnlicher Weise, wie dies sonst mit Jodtinktur geschieht, aufgepinselt. Eine Lösung von 0,3 : 30,0 wird auch bei Verbrennungen, auf Lint oder Mull geträufelt, als erster Verband empfohlen. Verf. berichtet über ungünstige Erfahrungen bei beiden Verwendungsarten. Eine (auch gegen Jodtinktur sehr empfindliche) Patientin akquirierte nach der wegen Mamma-

Digitized by Google

exstirpation vorgenommenen Pinselung der ganzen einen Thoraxhälfte eine schwere, sich weit über den Rumpf und die Arme ausdehnende Dermatitis.
A. Philippi-Bad Salzschlirf.

Ein Fall von Butyndermatitis (A Case of Butyn Dermatitis) von A. M. Greenwood und J. F. Quest-Boston. (J. Am. m. Ass., 1924, Bd. 83, Nr. 14, S. 1077.) Bericht über einen Fall von Überempfindlichkeit gegen das Lokalanästhetikum Butyn bei einem Urologen. Regelmäßiges Auftreten einer schweren Dermatitis bei Anwendung einer 1—2%igen Butynlösung in der Sprechstunde.
R. Ley-Kreuznach.

Pelzdermatitis (Fur Dermatitis). (Lancet, 1924, Bd. 207, Nr. 5271, S. 505.) Bericht über eine durch das Tragen von Pelzen entstandene Hautentzündung — blasiges Erythem und in vernachlässigten Fällen chronisches Ekzem. Es wird von Hunderten solcher Fälle, von welchen aber keiner gefährlichen Verlauf nahm, berichtet; es handelte sich immer um Kaninchenfelle, die, um Biberpelz vorzutäuschen, mit Paraphenylendiamin oder dem ihm nahe verwandten Metaphenylendiamin behandelt, aber bei sorgloser weiterer Verarbeitung (folgender Oxydationsprozeß) nur ungenügend von diesem reizenden Stoff gereinigt worden sind. Bei wertvolleren Pelzen ist die technische Verarbeitung eine sorgfältigere, kann es also nicht zu diesen Reizzuständen kommen. Während in seltenen Fällen dieselben schon wenige Stunden nach der Berührung auftraten, bestand in den meisten Fällen ein latentes Intervall von 2 bis 6 Wochen oder mehr zwischen dem Tragen des Pelzes und den ersten Reaktionserscheinungen.
M. Stern-München.

Hopfendermatitis (Hop-Dermatitis), von W. J. O'Donovan-London. (Lancet, 1924, Bd. 207, Nr. 5273, S. 597.) 2 Fälle, bei einer 16 resp. 20 Jahre alten Hopfenpflückerin. Hände, Gesicht und Geschlechtsteile sind mit zahlreichen kleinen Bläschen und Blasen auf erythematöser Basis bedeckt. Beträchtliche Schwellung und heftiges Jucken. Die Eruption wird oft für Erysipel gehalten. Nach den bisherigen Feststellungen werden nur weibliche Individuen im Alter von 12 bis 67 Jahren, und zwar immer im Monat September von der Affektion ergriffen; dieselbe ist ziemlich ernster Natur und kommt bei erneuter Einwirkung rasch zum Rückfall. Bevor es zur Erkenntnis der eigentlichen Ursache kam, wurde sie für Impetigo, Erysipel, Hydroa, Urtikaria gehalten.
M. Stern-München.

Über Dermatitiden durch Radiohörer, von H. Marcus-Wien. (W. kl. W., 1924, Nr. 41, S. 1069.) Diese meist bei jungen Leuten beobachtete Krankheit erklärt Verf. einerseits durch die unter dem fast luftdicht anliegenden Hörer stattfindende Transpiration, andererseits durch eine in der Substanz der Hörer gelegene Noxe. Therapie: Spiritus- und Puderbehandlung.
F. M. Peter-Hamburg.

Hexamethylenaminvergiftung in der Kautschukindustrie (Hexamethylenamin Poisoning in the Rubber-Industry), von H. J. Cronin-Cambridge. (J. Am. m. Ass., 1924, Bd. 83, Nr. 4, S. 250.) Bei der Vulkanisierung des Kautschuks wird als Katalysator Hexamethylenamin ($C_6H_{12}N_4$) verwandt, das bei den Arbeitern schwere vesikulöse Dermatitis auf Händen, Armen, Hals und Gesicht hervorruft. Alle Verhütungsmaßnahmen blieben erfolglos. Erst die völlige Entfernung des Hexamethylenamins aus diesem Industriezweig führte zum Verschwinden dieser sehr unangenehmen Gewerbedermatitis.
M. Gumpert-Berlin.

Glovers Mangekur bei Erkrankungen der Kopfhaut oder Haarausfall (Glover's Mange Cure for Diseases of the Scalp or Loss of Hair), von M. P. Whichard-Edenton. (J. Am. m. Ass., 1924, Br. 83, Nr. 5, S. 356.) Beschreibung einer schweren Dermatose nach Anwendung eines von der Firma H. Clay Glover Company, New York, vertriebenen Präparats gegen Haarausfall.
M. Gumpert-Berlin.

Tagesgeschichtliche Nachrichten.

Gestorben: Prof. Maximilian v. Zeissl in Wien.
R.

Nachdruck (auch des Abschnittes „Tagesg. Nachr.") ist ohne Genehmigung des Verlegers nicht erlaubt.

Verantwortlich für die Redaktion: für Originalabhandlungen und T. N.: Prof. Dr. J. H. Rille, Leipzig. Für den Referatenteil: Dr. M. Unna, Hamburg-Bergedorf.

Digitized by Google

Dermatologische Wochenschrift

Nr. 8 (Bd. 80) 21. Februar 1925

Aus der Dermatologischen Klinik in Graz (Vorstand: Prof. Dr. R. Matzenauer).

Differente Beurteilung der Salizylsäure- und der Thymusbehandlung bei der Psoriasis.

Von

Dr. K. Schreiner, Assistent.

Medikamente und Methoden, die uns zur Behandlung der Psoriasis zur Verfügung stehen, gibt es viele, richtig und zur rechten Zeit angewendet, führen sie auch meist zu einem befriedigenden Ziele. Leider aber nicht immer. Es gibt auch eine Anzahl von Psoriatikern, die trotz energischer und zweckentsprechender Kur kaum gebessert, geschweige denn geheilt werden können. Unsere Klinik verfügt seit den letzten Jahren über eine relativ große Anzahl von Psoriasiskranken. Es ist daher begreiflich, daß wir mit regem Interesse Vorschläge und Neuerungen auf diesem Gebiete verfolgen und zu verwerten suchen. Das tatsächliche Ergebnis war aber bisher stets ein geringes. Nun hat Kumer (W. kl. W., 1924, Nr. 36) vor kurzem eine übersichtliche Zusammenstellung sowohl der alt hergebrachten als auch der in den letzten Jahren neu empfohlenen Behandlungsmethoden veröffentlicht. Von den neuen nun haben auch wir die meisten nachgeprüft. Das Resultat aber bisher nicht publiziert, einmal weil es, wie bereits gesagt, im einzelnen kein allzu erfreuliches war und zweitens weil wir erst eine Übersicht über alle diese Versuchsgruppen bekommen wollten. Wenn ich nun von allen den Methoden absehe, die entweder nicht von genügender und Erfolg versprechender Bedeutung, sind oder aber deren Beurteilung uns wegen zu geringer Erfahrung noch nicht zukommt, so möchte ich besonders 2 Gruppen hervorheben, nämlich die Behandlung mit intravenösen oder subkutanen Injektionen von Emetinum hydrochloricum, Chininum bimuriaticum und Natrium salicylicum und anderseits die Thymusbehandlung. Mit Emetin oder Chininjektionen, welche von Pranter empfohlen wurden (W. kl. W., 1921, Nr. 25 u. 30) hatten wir im ganzen 10 Fälle mit meist universeller Psoriasis behandelt. Wir haben nur einmal nach Emetininjektionen eine Beeinflussung im Sinne eines Rissigwerdens der Haut beobachten können, ohne aber daß es zum definitiven vollständigen Schwinden der psoriatischen Plaques gekommen wäre, und nur einmal jedoch bei gleichzeitiger Bäder- und Borsalbenbehandlung ein Abklingen des Exanthems, dem allerdings in kurzer Zeit ein Rezidiv folgte. Dagegen haben wir nach Chininjektionen, die wir stets nur subkutan angewendet haben, niemals einen Effekt gesehen, auch nicht im Sinne einer Lokalreaktion, trotzdem wir den Forderungen nach Verteilung der Injektions-

Digitized by Google

stellen innerhalb von gehäuften Effloreszenzen Rechnung getragen haben, und uns auch sonst an die von ihm vorgeschlagenen Dosen hielten. Was nun die Salizylsäurebehandlung anbelangt, so empfiehlt Sachs (W. kl. W., 1921, Nr. 16) intravenöse Injektionen einer 20%igen Natrium-salicylicum-Lösung von 10—20 ccm (2—4 g) in Pausen von 2—4 Tagen und im Gesamtausmaße bis etwa 25—30 g Natrium salicylicum. Sachs versuchte, wie er selbst sagt, die keratolytische Wirkung der Salizylsäure mittels der intravenösen Einverleibung therapeutisch bei der Psoriasis zu verwenden. Er selbst betont, daß sich nach seiner Erfahrung für diese Methode nur rezente Fälle eignen. Diese Methode, die vielfach nachgeprüft wurde, erfährt jedoch nicht einhellig eine günstige Beurteilung. Nichtsdestoweniger glaubt Hübner (Derm. W., 1923, Nr. 29, D. m. W., 1923, Nr. 11 u. 12), das Indikationsgebiet für die Salizylbehandlung auch auf alte Psoriasisfälle erweitern zu dürfen, wenn er an eine Vorbehandlung mit Salizylinjektionen eine Lokalbehandlung mit 0,25—0,50% Chrysarobinsalbe anschließt. Ähnliche Vorschläge wurden auch von anderer Seite gemacht. Wir haben im ganzen 22 Fälle von Psoriasis mit Salizylinjektionen behandelt, darunter allerdings nur 3 Fälle, die ein Exanthem im Eruptionsstadium zeigten. Von den ersten 9 Fällen, die nun der Salizylbehandlung, und zwar ausschließlich, unterzogen worden waren, unter welchen sich auch die 3 Psoriasis-acuta-Fälle befanden, ist in einem Falle (universelle Ausbreitung mit geringer Schuppenauflagerung, Dauer der Erkrankung etwa 14 Tage, Alter der Patientin 22 Jahre) etwa 14 Tage nach der letzten Injektion die Psoriasis vollständig geschwunden gewesen. Bei 2 Fällen ist eine Besserung eingetreten in Sinne einer unvollständigen Abschuppung. Als nun Hübners Vorschlag für die kombinierte Behandlung kam, setzten wir von neuem — da wir nämlich von dem Effekt bei den ersten Versuchen nicht befriedigt waren, hatten wir sie eingestellt — die Versuche an 13 Fällen allerdings mit meist alter und universeller Psoriasis nach seiner Modifikation fort. Geheilt im strengen Sinne des Wortes sahen wir keinen. Doch sahen auch wir öfters Lokalreaktionen auftreten. Mag es nun sein, daß die Auswahl unter unseren Psoriatikern keine glückliche war, oder aber daß andere Umstände, auf die ich später noch zu sprechen kommen werde, als Ursache anzusehen sind, so ist im Grunde genommen nicht das schlechte Resultat unserer Versuche die Ursache dieser etwas späten Stellungnahme zu dieser Methode, sondern vielmehr die Beobachtung, daß dieselbe bei 5 Patienten eine direkt ungünstige Beeinflussung der Psoriasis (ältere Fälle) gezeitigt hat. Es handelte sich durchwegs um Burschen mit 17—20 Jahren, bei denen nach der 4.—6. Injektion eine allmähliche frische Aussaat von Psoriasiseffloreszenzen an bisher freien Stellen besonders den beiden Handrücken zu beobachten war. Trotzdem die Behandlung sorgfältig zu Ende geführt worden war und die Patienten nach Abschluß derselben, vertröstet auf die erst zu erwartende definitive Abheilung und versorgt mit den nötigen Salbenmengen, nach Hause geschickt wurden, erschienen nun 3 von ihnen nach etwa 6 Wochen in einem recht unerfreulichen Zustande. Es zeigte sich jetzt, daß die psoriatischen Plaques, die derb infiltriert waren, jeder Behandlung trotzten, kurz einen Befund boten, der im Vergleiche zu ihrem ursprünglichen Krankheitsbilde unbedingt als Verschlechterung zu bezeichnen war. Wenn ich daher,

Digitized by Google

angeregt durch die erwähnte Arbeit Kumers, zu dieser Behandlung Stellung nehmen sollte, so könnte ich nur der Meinung Ausdruck geben, daß wir nach den von uns gemachten Erfahrungen sie höchstens bei frischen Psoriasisfällen gutheißen könnten, der Ausdehnung der Salizylbehandlung jedoch auch auf ältere Psoriasisfälle keineswegs zustimmen könnten. Zusammenfassend möchten wir schließlich dem Urteile Kumers beipflichten, der dieser Behandlung überhaupt einen mäßigen Einfluß auf die Psoriasis zuschreibt.

Von den übrigen vorgeschlagenen Injektionsbehandlungsmethoden möchte ich aus den oben bereits ausgeführten Gründen absehen und möchte nun auch in Kürze über unsere Erfahrungen mit der Thymusbehandlung berichten, da dieselbe ebenfalls mehr bekannt geworden ist und wir über ein größeres Beobachtungsmaterial verfügen. Ich habe im ganzen 32 Psoriasisfälle bestrahlt mit der von Brock (Strahlenther., 1920, Nr. 11) angegebenen Dosis 10 X, 4 mm Aluminiumfilter, bei jüngeren Individuen auch mit geringeren Dosen bis 5 X. Wie bereits Hesse in seiner Arbeit über die Ätiologie der Psoriasis (Arch. f. Derm., Bd. 146, Nr. 2) angedeutet hat, hatten wir bis zu 50% Besserung oder Heilung zu verzeichnen.

Es sind hier unter die gebesserten Fälle auch jene miteinbezogen, bei denen es lediglich zu einem regionären Schwinden der psoriatischen Plaques kam, und zwar in der Art, daß außer an der Bestrahlungsstelle und ihrer Umgebung auch an den gegenüberliegenden Hautpartien, dem Rücken des Körpers die Plaques abheilten. Entsprechend dem Lichtkegel war hier stets das beeinflußte Feld größer als über der Thymusgegend, aber auch größer, als es dem auf den Rücken projizierten Thymusfelde entsprechen würde. Ich erwähne dies deshalb besonders, weil ich glaube, daß ein solcher Heilvorgang nicht als durch direkte Röntgenwirkung entstanden zu erklären ist, wozu die Lokalisation sicherlich einladet. Perzentuell war die Beeinflussung der Psoriasis bei jüngeren Individuen und bei Erstlingseruptionen eine größere. Auf Einzelheiten möchte ich mich auch bei dieser Versuchsgruppe nicht weiter einlassen, da wir außer dem oben mitgeteilten Heilungsergebnisse keine besonderen Beobachtungen machen konnten. Die Einwirkung dieser Bestrahlung der Thymus findet nun ebenfalls eine ziemlich geteilte Aufnahme und wird wie die Salizylbehandlung von mancher Seite in Abrede gestellt. Wenn ich unsere Resultate dagegen betrachte, so müßte ich praktisch genommen den Schluß ziehen — alle theoretischen Erwägungen bei Seite gelassen —, daß die Thymusbestrahlung recht gut als Adjuvans der sonstigen Therapie oder als Komponente einer kombinierten Therapie, wie sie z. B. Steiner (Derm. W., 1924, Nr. 18) und andere vorschlagen, gelten könnte. In diesem Sinne bewegen sich auch noch immer weitere Versuche von uns.

Wenn ich somit nun die Schlußfolgerung aus allen unseren Versuchen, insbesondere der Salizylbehandlung einerseits, der Thymusbestrahlung anderseits ziehe, so ergibt sich kurz gesagt, daß die erstere ein mehr oder weniger negatives, die zweite ein immerhin beachtenswertes Resultat bei unseren Psoriatikern gezeitigt hat. Wenn ich aber dieses Resultat mit den in der Literatur bekanntgewordenen Resultaten anderer Nachprüfer vergleiche, wenn ich weiter sehe, wie von namhaften und führenden Autoren differierend die beiden Vorschläge bezüglich des erzielten

Digitized by Google

Effektes beurteilt wurden, drängt sich naturgemäß die Frage auf, ob für diese oft grundverschiedenen Ergebnisse nicht eigentlich eine besondere Ursache angenommen werden könnte. Diese Frage scheint mir aus dem Grunde nicht unberechtigt zu sein, weil bei der Psoriasisbehandlung differente Beurteilungen oder Täuschungen wohl schwerer möglich sind als bei anderen Krankheiten. Kleine Differenzen können gewiß auch bei der Psoriasis in dieser Beziehung möglich sein, doch glaube ich, daß man mir zumindest nicht Unrecht geben kann, wenn ich der Ansicht bin, daß dieser Umstand kaum zu erklären vermag, wieso eine größere Anzahl von bekannten Dermatologen im Urteile über diese Behandlungsmethoden mehr oder weniger in zwei Lager geteilt ist. Die Sache dürfte an Interesse gewinnen, wenn ich die Arsenbehandlung der Psoriasis an dieser Stelle zum Vergleiche heranziehe. In einer Reihe von Lehrbüchern, wie z. B. Kreibich, Riecke, Lesser, Dabier, Max Joseph, Jarisch-Matzenauer, sind da immerhin auffallende Differenzen in der Indikationsstellung für die doch heute allgemein anerkannte Arsenbehandlung zu finden, sowohl bei der Psoriasis acuta wie bei älteren torpiden Formen derselben. Auf diese sich widersprechenden Erfahrungen bei der Arseniktherapie der Psoriasis wird auch im Lehrbuche von Jarisch-Matzenauer hingewiesen unter Hinweis auf die unspezifische Wirkung derselben und den günstigen Einfluß durch die Erzeugung einer allgemeinen Grundwirkung, nämlich der Gefäßerweiterung (Schmiedeberg). Wenn ich nun versuche, mir rein theoretisch eine Grundlage für eine Erklärung über die geteilte Aufnahme der besprochenen Methoden zu schaffen, so glaube ich, daß gerade diese Deutung der Arsenwirkung auch hier ein Wegweiser sein kann. Wenn wir die Salizylbehandlung als auch die Thymusbehandlung so deuten, daß beide in gewisser Beziehung jenen unspezifischen Reiz vorstellen, der gerade die Umstimmung im Körper auslöst, welche mitunter die Beeinflussung oder Abheilung der Psoriasis bewirken kann, dann wäre auch die Erklärung der differenten Urteile hier ebenso wie dort einigermaßen möglich. Die Literatur über die unspezifische Therapie überhaupt sowie die eigene Erfahrung sagen ja immer wieder, wie grundverschieden oft die Heilungsresultate bei derselben sein können. Wenn dies auch gewiß im Widerspruche steht zur Ausgangsidee der beiden Behandlungsmethoden, und die bisherigen Erfahrungen mit der Proteinkörpertherapie bei der Psoriasis keine günstigen waren, so könnte man sich angesichts der Gesamtresultate immerhin vorstellen, daß diese Methoden einer Art spezifisch-unspezifischer Therapie nahekommen. Ob nun dieser Gedanke oder vielleicht der Gedanke an ein verschiedenes Verhalten der Psoriasis unter verschiedenen klimatischen Verhältnissen oder verschiedenen Lebensbedingungen überhaupt die sichere Antwort auf meine Frage bringen können, kann freilich erst durch weitere Beobachtungen geklärt werden. Man könnte auch für diese zweite Deutung gewiße Momente anführen, wie die verschieden starke Ausbreitung der Psoriasis und vieler anderer Hautkrankheiten in den einzelnen Ländern. Dies würde jedoch über den Rahmen dieser Arbeit hinausgehen, die letzten Endes nur auf diese Tatsachen hinweisen sollte in der Hoffnung, daß sie den Gedankenaustausch über diese Frage anregt.

Digitized by Google

Lumi — ein Apparat zur Bereitung von Kohlensäureschnee.

Von

Prof. A. Paldrock in Dorpat.

Mit 2 Abbildungen im Text.

Von der therapeutischen Kältewirkung des Kohlensäureschnees ist bis jetzt in der Dermatologie vielfach Gebrauch gemacht worden. Eine neue Indikation für die Anwendung des CO_2-Schnees fand sich in der Behandlung der Lepra mit demselben, wobei gute Resultate erzielt wurden. Bei der Bereitung des CO_2-Schnees machte sich aber das Fehlen eines handlichen Apparates deutlich fühlbar, welchem Übelstande durch das Entgegenkommen der Firma F. & M. Lautenschläger in Berlin abgeholfen wurde, indem meine theoretischen Erwägungen sich im Apparat „Lumi" verwirklichten, welcher jetzt von Lautenschläger erhältlich ist.

Die im Zylinder unter 6 Atmosphärendruck befindliche flüssige Kohlensäure verwandelt sich beim Hineinströmen in den angeschraubten Apparat „Lumi" zu einem Schneestab, welcher etwa — 78° C aufweist. Um Langstieligkeit zu vermeiden, sehe ich von einer ausführlichen Beschreibung der einzelnen Teile des Apparates ab, weil dieselben in den beigefügten Abbildungen genau wiedergegeben sind und ihre Benennungen sich in der Gebrauchsanweisung finden.

Gebrauchsanweisung: a) Anschrauben des Ausströmventils (1) an den Kohlensäurezylinder (2).

b) Kohlensäurezylinder (2) horizontal oder vertikal, mit der Ausflußöffnung nach unten lagern.

c) Lederhülse (3) über die Metallhülse (4) ziehen.

d) Den Drahtkorb (5) um die Lederhülse (3) legen; den Drahtkorb schließen und den Verschlußstift einführen.

e) Den unteren Teil der Metallhülse (4) mit der Flügelschraube (6) verschließen.

f) Den fertiggestellten Apparat an das Ausströmventil (1) fest anschrauben, derart, daß der Apparat — wie in der Abbildung — nach unten zeigt.

g) Für einen Moment den Ventilhebel (7) langsam und vorsichtig öffnen — wobei weiße Kohlensäureschneewolken durch den Drahtkorb (5) ausströmen — und gleich wieder schließen. Diese Handhabung im Verlaufe weniger Sekunden einige Male wiederholend, erkennt man das Gefülltsein der Metallhülse mit Schnee am Entweichen der Kohlensäureschneewolken nur noch am oberen Teile des Apparates.

h) Sofortiges Schließen des Ventilhebels (7), falls Kohlensäure mit leichtem Knall entweicht; die beiden am oberen Teile des Apparates angebrachten Federn (8) schützen den Apparat gegen Explosion, wenn zu viel oder zu lange Kohlensäure zugeführt wird, und lassen diese mit leichtem Knall ausströmen.

i) Apparat vom Ausströmventil (1) abschrauben.

Digitized by Google

k) Den Kohlensäureschneestab in der Metallhülse mit dem Holzstöpsel noch fester drücken und dann, die Flügelschrauben entfernend, aus der Hülse hinausstoßen.

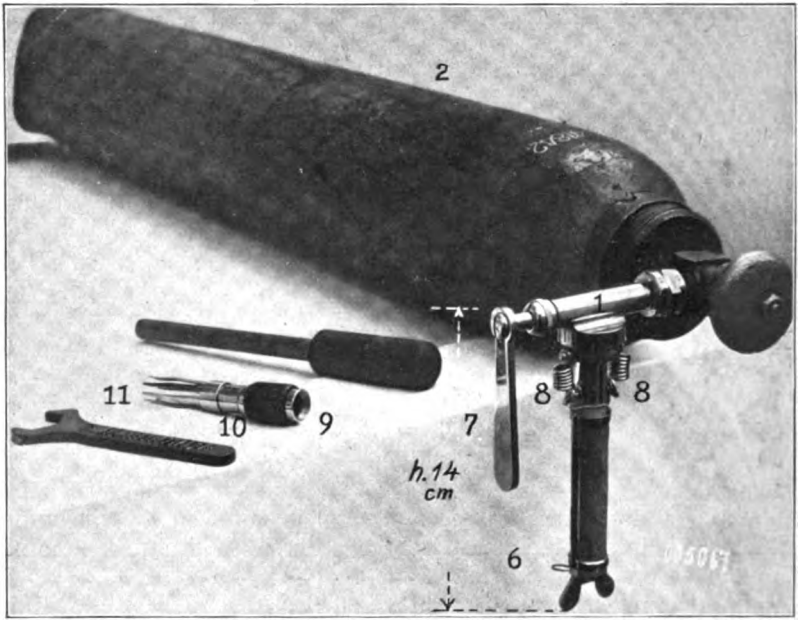


Abb. 1.

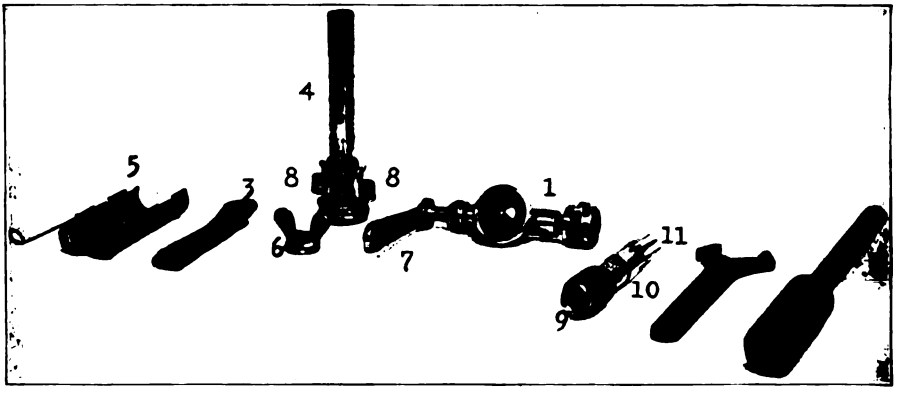


Abb. 2.

Mit Watte angefaßt kommt der Kohlensäureschneestab umgehend zur Anwendung.

Oder: an Stelle der ausgeschraubten Flügelschraube (6) wird der Halter (10) eingeschraubt und der Schneestab mit dem Holzstöpsel in

Digitized by Google

den Halter gestoßen, bis der Stab von den Zungen (11) erfaßt wird, um zur Anwendung gebracht zu werden.

Beim Bereiten von Kohlensäureschnee schränkt der Apparat „Lumi" den Kohlensäureverbrauch auf das Minimum ein, ist also sehr sparsam. Er ist einfach zu handhaben, dabei leicht und doch dauerhaft. Er hat sich mir bestens bewährt.

Aus der dermatologischen Abteilung des Rudolf-Virchow-Krankenhauses zu Berlin (Dirigierender Arzt: Prof. A. BUSCHKE).

Zur Ätiologie der Alopecia areata.

Von

Prof. A. BUSCHKE und Dr. BRUNO PEISER.

(Schluß.)

7. Hildegard D., 7 Jahre, aufgenommen 29. IV. 1924.

Familienanamnese o. B. Nie ernstlich krank gewesen. Seit drei Wochen Haarausfall.

Befund: Schwächliches kleines Mädchen. Innere Organe o. B. Diffuse Rötung der Nasenspitze, die auch im Ruhezustand zahlreiche kleine Schweißperlen aufweist. Auf dem behaarten Kopf finden sich, besonders vorn viele unscharf begrenzte, kleinere und größere haarlose Stellen, in deren Bereich die Haut nicht verändert ist. An den behaarten Stellen stehen die Haare äußerst dünn. An neurologischen Besonderheiten ist lediglich die leicht hydrozephalische Kopfform zu erwähnen, außerdem fällt die große Ängstlichkeit des in psychischer Beziehung leicht zurückgebliebenen Kindes auf. WR negativ. Nach Behandlung ist der Befund kaum gebessert. Am 18. VIII. 1924 entlassen.

8. Walter F., 13 Jahre, am 7. VII. 1924 poliklinisch untersucht.

Familienanamnese o. B. Früher nicht krank gewesen. Seit fünf Wochen Haarausfall.

Befund: Der intelligente, gut entwickelte Knabe weist außer mehreren typischen Areataherden keine Besonderheiten auf. Scham- und Achselhaare noch nicht vorhanden.

9. Paul H., 16 Jahre, aufgenommen 9. VIII. 1924.

Vater an Tuberkulose, Mutter an Herzschlag gestorben, zwei Geschwister gesund. Als Kind Masern, Nieren-, Lungen- und Mittelohrentzündung, 1917 Grippe. Im März 1924 erschrak Pat. beim Spielen und fiel dabei zu Boden. Seit Mitte Mai Haarausfall.

Befund: Geistig und körperlich zurückgebliebener Pat., Körperlänge 1,34 m. Geringe Struma: Hoden normal entwickelt; innere Organe o. B. Behaarung der Achsel- und Schamgegend nur gering entwickelt. Auf dem rechten Scheitelbein eine etwa talergroße kahle Stelle, eine ähnliche auch entsprechend links. Lebhafter Vasomotorius; Epikanthusbildung. Psychisch: debil und etwas infantil. Puls beschleunigt; einzelne Nackendrüsen. Bisher keine Besserung des Befundes.

10. Else B., 10 Jahre, am 16. VIII. 1924 poliklinisch untersucht.

Vater angeblich lungenkrank, ein Bruder an tuberkulöser Meningitis gestorben. Vor einem Jahre angeblich selbst lungenkrank gewesen. Seit etwa drei Wochen bemerkt Pat. auf dem Nacken einen weißen Fleck, der allmählich sich vergrößerte.

Befund: Gut entwickeltes Kind in dürftigem Ernährungszustand. Thyreoidea vergrößert. Im Nacken, etwa 15 cm unterhalb der Haargrenze, links neben der Wirbelsäule findet sich ein etwa kirschgroßer depigmentierter und unbehaarter Fleck, während sich sonst, über den ganzen Körper ausgebreitet, besonders reichlich Lanugobehaarung vorfindet. Kopfhaar gut entwickelt; auch im Gesicht starke Lanugobehaarung. Diastema, ferner fehlen oben die äußeren Schneidezähne. Genitale o. B.

11. Fritz Sch., 18 Jahre, aufgenommen 29. VIII. 1924.

Familienanamnese o. B. Früher nicht krank gewesen. Seit vier Monaten Haarausfall.

Digitized by Google

Befund: Geistig und körperlich zurückgebliebener Pat. Innere Organe o. B. Auffallend starke Schweißsekretion in der Achsel und an der Nasenspitze. Adenoide Wucherungen im Rachen. Ausgedehnte, ziemlich scharf begrenzte haarlose Stellen auf dem Kopf von typischem Aussehen. Achsel- und Schambehaarung gut entwickelt. Neurologischer Befund (Prof. Schuster): Hochgradige Imbezillität; Fazialis-Tic mit Neigung zu Grimassen. — Auf Behandlung bisher keine nennenswerte Besserung.

12. Gerhard M., 13 Jahre, am 30. VIII. in poliklinischer Behandlung.

Anamnestisch o. B. Auch sonst finden sich außer typischen Areataherden keine besonderen Veränderungen außer geringer Vergrößerung der Nackendrüsen und einem Naevus anaemicus am Bauch.

13. Otto P., 9 Jahre, am 26. IX. 1924 in poliklinischer Behandlung, zeigt ebenfalls außer den seit einigen Jahren immer wieder rezidivierenden Areataherden keine Besonderheiten.

Bei diesen Fällen fällt vor allem auf, daß wir es ausschließlich mit jugendlichen, in der Entwicklung befindlichen Personen zu tun haben, deren Alter zwischen 7 und 18 Jahren schwankt. Davon sind die meisten Knaben 9 : 4, worauf schon vielfach von anderen Untersuchern hingewiesen worden ist. Die Mehrzahl unserer Fälle weist noch Störungen anderer Art auf, die wir in Anbetracht unserer oben ausgeführten, auch von anderen Autoren durch klinische Fälle begründeten Anschauung nicht ohne weiteres nur als zufällige Begleiterscheinungen zu deuten geneigt sind. Gerade da es sich um Störungen in der von uns vertretenen Richtung handelt, ist ein tieferer Zusammenhang dieser Veränderungen mit der Alopecia areata nicht von der Hand zu weisen. Unterziehen wir die 13 Fälle einer kurzen Betrachtung, so wären 4 Fälle auszunehmen, da wir an ihnen keine sonstigen Störungen wahrnehmen konnten. Im Fall 1 handelt es sich um einen psychisch etwas zurückgebliebenen Knaben mit einer wahrscheinlich kongenitalen zerebellaren Affektion (Friedreich?), bei dem die Alopezie seit etwa zwei Jahren besteht. In anderen Fällen, wie in den Fällen 5, 6, 9 und 10, haben wir es mit ausgesprochen schwachsinnigen Individuen zu tun, wovon drei auch körperlich stark zurückgeblieben sind. Daneben finden sich noch bei zwei von ihnen ausgesprochene Struma sowie Hodenveränderungen, einmal Hyperorchismus und das andere Mal Fehlen eines Hodens und Hypoplasie des zweiten. Dazu kommt noch im ersten Fall ein ausgesprochener Dermographismus, beim letzten, auch körperlich stark zurückgebliebenen Knaben Zahndefekte in Form von Stellungsanomalien und Hypoplasie des linken unteren Schneidezahnes sowie Diastema. Sonst finden wir noch in zwei weiteren Fällen Vergrößerung der Schilddrüse, das eine Mal vergesellschaftet mit ausgedehnter Lanugobehaarung am ganzen Körper sowie mit gleichzeitiger Depigmentierung des Areataherdes. In einem anderen Fall (3) bestand noch ausgedehnte Vitiligo mit vasomotorischen Störungen. Leichte psychische Veränderungen ließen sich noch in zwei Fällen feststellen, ferner einmal ticartige Zuckungen im Fazialisgebiet, schließlich bei zwei Pat. abnorme Schweißsekretion der Nasenflügel. Wir sehen also eine Anzahl teilweise miteinander kombinierter pathologischer Zustände, deren Zusammenhang mit Veränderungen im Nervensystem sowie mit Störungen der vegetativ-innersekretorischen Funktionen ohne Zweifel ist. Schließlich ließen sich an endokrinen Organen selbst (Schilddrüse, Hoden) anatomische Veränderungen feststellen.

Digitized by Google

Im Anschluß an diese unsere Beobachtungen an jugendlichen Personen möchten wir noch über zwei in dieser Richtung sehr interessante Alopeziefälle bei Erwachsenen berichten, die uns freundlicherweise von Herrn Prof. Schuster zur Verfügung gestellt worden sind. Beide Pat. befanden sich lange Zeit in der klinischen Behandlung von Herrn Prof. Schuster, der uns Gelegenheit gab, dieselben eingehend zu untersuchen.

Im ersten Fall handelt es sich um eine 45jähr. Kriegerwitwe, die früher nie ernstlich krank gewesen war und deren jetziges Leiden 1918 begann. Damals trat allmählich zunehmende Schwäche in den Beinen auf, weswegen sie Aufnahme in der Charité fand. Dort zeigten sich die typischen Symptome einer multiplen Sklerose: Nystagmus, Intentionstremor, bis zum Klonus gesteigerte Reflexe, positiver Babinski, Mendel, Rossolimo, spastische Parese beider Beine. Mit Beginn der Erkrankung trat Haarausfall auf, der in kurzer Zeit zu totaler Alopezie des Kopfes führte, so daß nach Angabe der Pat. der Kopf jahrelang kahl und glatt wie eine Billardkugel gewesen war. Scham- und Achselhaare waren damals ebenfalls ausgefallen, ebenso die Augenbrauen, während die Wimpern farblos geworden seien. Allmählich wären die Haare teilweise wiedergekommen. Seit ihrer Krankheit will Pat. stärker geworden sein. Menses immer regelmäßig.

Befund: Mittelgroße, jugendlich aussehende Pat. Starke Adipositas universalis. Der Schädel ist nur über den Stirn- und Scheitelbeinen von etwa 3 cm langen, wenig dicht stehenden dunklen Haaren besetzt; vereinzelte dunkle Haare finden sich auch auf der rechten und linken Seite der Nackengegend, während über der Temporo-Parietal- und Temporalregion beiderseits vereinzelte, etwa 3 cm lange, farblose Haare zu finden sind. Die ganze Okzipitalregion ist völlig kahl. Behaarung der Augenbrauen und Wimpern sehr dünn, Achselbehaarung abnorm spärlich, Schambehaarung gering, doch nicht pathologisch. Nervenbefund: Spastische Parese beider Beine. Lebhafte Sehnenreflexe, Fußklonus. Beiderseits positiver Babinski, Mendel, Rossolimo. Innere Organe ohne Besonderheiten. Diagnose: Multiple Sklerose, Alopezie.

Der zweite Fall betrifft eine 29jähr. Pat., deren sonstige Anamnese keine Besonderheiten aufweist. Vor drei Jahren luetische Infektion; damals bestanden angeblich nur starke Kopfschmerzen; außerdem stellte sich gleichzeitig unerträglicher Durst ein sowie stark vermehrte Urinausscheidung. Dieser Zustand habe noch eine Zeitlang nach Verlassen des Dortmunder Krankenhauses angehalten. Im Dortmunder Krankenhaus habe sie täglich 8 Liter Wasser getrunken. WR positiv. Nach spezifischer Behandlung im Krankenhaus Dortmund ließen die Kopfschmerzen allmählich nach. Ein Jahr später plötzlicher zerebraler Insult: Pat. konnte plötzlich nur noch lallen, die Bissen fielen ihr aus dem Munde, und die rechte Körperseite erwies sich als gelähmt. Nach Behandlung im Krankenhaus Moabit, wo rechtsseitige Parese mit Beteiligung des Fazialis und Hypoglossus festgestellt wurde, bildeten sich die Lähmungserscheinungen fast völlig zurück. Es wurde dort elektrische und spezifische Therapie durchgeführt. Bald nach dem Anfall hat Pat. die bis dahin völlig regelmäßige Periode verloren, zugleich ist starker, Kopf-, Achsel- und Schambehaarung umfassender Haarausfall aufgetreten. Achsel- und Schamgegend seien völlig kahl geblieben, während das Kopfhaar wieder Wachstum zeigte. Wegen spastischer Kontraktur und krampfartiger Schmerzen im rechten Bein sucht Pat. wieder das Krankenhaus auf.

Befund: Große, sehr blasse Pat. in elendem Ernährungszustand. Pupillen, leicht entrundet, zeigen träge Reaktion; deutlicher, feinschlägiger horizontaler Nystagmus. Geringe rechtsseitige Mundfazialisparese. Sprache o. B. Rechtes Bein ist in Hüfte und Knie spitzwinklig gebeugt, links ist die Kontraktur etwas geringer. Aktive und passive Beweglichkeit fast aufgehoben. Sehnenreflexe angedeutet, rechtsseitiger Babinski. Innere Organe o. B.

Lumbalpunktat: Nonne-Apelt negativ, Pandy schwach positiv, Zellen stark vermehrt; Goldsolreaktion zeigt typische Lueszacke. Die Behaarung des Kopfes erscheint normal, ist aber nach Angabe der Pat. geringer als früher; auch Augenbrauen und Wimpern zeigen keine Abweichung von der Norm. Achselhaare fehlen vollständig, Schamhaare sind bedeutend reduziert, nur noch in ganz geringer Menge vorhanden. Geringe Bart- und Kinnbehaarung. Schilddrüse nicht tastbar; Menses zessieren. Im Verlaufe des Krankenhausaufenthaltes treten ab und zu Absenzzustände auf, in denen Pat. nicht auf Anruf reagiert, vage Bewegungen mit den Händen macht und An-

Digitized by Google

deutung von Katalepsie zeigt. Es besteht völlige Amnesie für die Zustände, einmal auch typischer elementarer Krampfanfall. Nach Ansicht von Herrn Prof. SCHUSTER ist eine auf Lues zurückzuführende zerebrale Affektion anzunehmen, bei der Hypophyse bzw. subthalamische Region mitbeteiligt sind.

Wir haben es also in beiden Fällen mit zentral-nervösen Erkrankungen zu tun, wobei der Ausbruch der Nervenerkrankung bei beiden Pat. von diffusem Haarausfall der Kopf- und Körperhaare begleitet war, der noch in mehr oder weniger schwerem Grade fortbesteht. In dem einen Falle sind noch ausgedehnte kahle Stellen auf dem Kopf vorhanden, während bei der zweiten Pat. das Kopfhaar wieder fast normalen Zustand hat, dagegen die Achselhaare vollständig fehlen, die Schamhaare stark reduziert sind. Bei dieser Pat. findet sich außer des anamnestischen Hinweises einer endokrinen Schädigung in Form einer Hypophysenstörung (Diabetes insipidus) als weiteres endokrines Symptom das vollständige Sistieren der Menses seit Beginn der Erkrankung.

Diese beiden Fälle zeigen besonders deutlich den Einfluß von Nervenerkrankungen auf den Haarausfall, der hier beide Mal mit Beginn der Erkrankung eingesetzt hat und im zweiten Falle auch von endokrinen Störungen begleitet war. So weisen die meisten unserer Fälle irgend welche Schädigungen, sei es zentral-nervöser, sei es vegetativ-endokriner Art, auf, die in Übereinstimmung mit unseren Experimenten und den Beobachtungen einer Anzahl namhafter Autoren die Vermutung nahe legen, daß wichtige Beziehungen zwischen Alopecia areata und diesen Systemen bestehen. Tiefer in diese Zusammenhänge einzudringen, muß weiterer, vornehmlich experimenteller Forschung vorbehalten bleiben. Vorläufig läßt sich nur soviel sagen, daß sowohl experimentell wie klinisch nervöse sowie sympathisch-endokrine Störungen beim Krankheitsbild der Alopecia areata in einer großen Zahl von Fällen sich feststellen ließen, die als eigentliche Ursache der Alopecia areata Veränderungen im vegetativen und endokrinen System wahrscheinlich machen.

Analog zu den blutchemischen Untersuchungen bei unseren Ratten sind auch bei einer Anzahl der jugendlichen Alopeziekranken ebenfalls von Herrn KLOPSTOCK Blutuntersuchungen angestellt worden, ohne daß nennenswerte Verschiebungen der Elektrolyten nachweisbar gewesen wären. Da wir es bei unseren klinischen Fällen ja auch gar nicht mit derartigen massiven Veränderungen zu tun haben, wie die Experimente an Ratten sie uns darboten, so ist ein positiver Ausfall bei der Geringgradigkeit der Systemstörung gar nicht zu erwarten gewesen.

Diese vegetativ-endokrine Theorie befindet sich nun in schroffem Gegensatz zu der schon immer im Widerstreit mit der nervösen Theorie stehenden, noch heute anerkannten Ansicht von der parasitären Ätiologie der Alopecia areata. Diese eigentlich ursprüngliche Ansicht über die Alopecia areata als parasitäre und kontagiöse Erkrankung nimmt ihren Ausgang von Beobachtungen des epidemischen Auftretens der Affektion in Kasernen, Internaten und Schulen. PÖHLMANN hat den größten Teil dieser Berichte zusammengestellt, die aber, wie schon von DARIER in seinem Lehrbuch betont wird, sich als haltlos erwiesen haben, seit eine genaue Kontrolle es ermöglicht hat, festzustellen, daß es sich um ein zufälliges Zusammentreffen sporadischer Fälle mit narbigen Alopezien und verschiedenen

Digitized by Google

Pseudo-Areae und sogar um Trichophytien handelte. Sprechen doch auch dagegen die vielen Tausende von Inokulationsversuchen, die besonders Jacquet an sich selbst oder an mit Area Celsi behafteten und daher prädisponierten Individuen ohne ein einziges positives Resultat ausgeführt hat. Demgegenüber müssen die beiden angeblichen positiven Überimpfungsergebnisse, einmal Lassars mittels Übertragung auf Mäuse, das andere Mal von Blaschko, der beobachtet haben will, daß ein an Alopecia areata leidender Pat., der sich aus Neugierde Schuppen der kahlen Stelle auf die behaarte Haut des Vorderarms eingerieben hatte und dort typische kahle Flecke provozierte, zu höchster Zurückhaltung Veranlassung geben. Lassar selbst spricht sich auch trotz seiner oben erwähnten Beobachtung später dahin aus, daß die uns zu Gebote stehenden Versuchstiere gegen die Alopecia areata immun zu sein scheinen. Trotz eifrigen Bemühens sind auch später nie experimentelle Übertragungen gelungen, und es ist auch weiter auffallend, daß trotz der relativen Häufigkeit und Verbreitung der Krankheit Beobachtungen über Alopecia-areata-Epidemien nicht mehr vorliegen, seitdem das Krankheitsbild der Alopecia areata aus der großen Gruppe der infektiösen und sonstigen nicht ansteckenden Haarerkrankungen scharf herausgehoben ist und auf Grund unserer Untersuchungstechnik fast immer von allen anderen mit Alopezie einhergehenden Krankheitsformen differenziert werden kann. In neuerer Zeit wurde besonders von Spitzer aus der Jadassohnschen Klinik die parasitäre Theorie verfochten, der die Zusammenstellung Pöhlmanns über das epidemische Auftreten der Alopecia areata durch einige auch länger zurückliegende Berichte ergänzt und selbst über eigene Beobachtungen berichtet, wo eine Ansteckung mit mehr oder weniger großer Wahrscheinlichkeit anzunehmen war. Wir möchten uns auch auf Grund dieser und früherer Beobachtungen nicht ganz dagegen verschließen, daß in einigen seltenen Fällen eine Ansteckung stattgefunden haben kann; aber auf Grund dessen nun die Alopecia areata ganz allgemein als eine nur durch Infektion entstandene Erkrankung anzusehen, ist mit den sonstigen klinischen und experimentellen Erfahrungen nicht zu vereinen. In solchen seltenen Fällen müssen geringgradige entzündliche Erscheinungen am Areataherd, wie auch wir sie gelegentlich sehen, und das Auftreten von Nackendrüsen, wie sie Jadassohn beobachtet hat, für die lokalinfektiöse Genese zu verwerten sein.

Es ist doch eigentlich gerade des Gewöhnliche bei der Alopecia areata, daß sie sporadisch auftritt, daß man ferner nach verschiedenen nervösen Schädigungen das typische Krankheitsbild entstehen sah, daß traumatische und toxische Momente ebenfalls diesen Krankheitszustand herbeizuführen imstande sind. Warum sollte dann nicht auch die Möglichkeit bestehen, daß schließlich auch ein infektiöses Agens dasselbe hervorbringen und in diesem Fall auch zur Übertragung führen könnte? Die Infektion könnte dann möglicherweise auch durch die Schleimhäute des Nasen-Rachenraumes zustande kommen, von wo aus auf dem Wege über den Sympathikus bzw. das endokrine System das Bild der Alopecia areata hervorgerufen würde. Hierin könnten auch die von manchen Autoren beobachteten Halsdrüsenschwellungen, die wir in unseren Fällen nur ganz vereinzelt beobachteten, ihre Erklärung finden. Inwieweit aber

Digitized by Google

auch bei interner oder externer infektiöser Genese noch ein disponierendes Moment in unserem Sinne hinzutritt, ist auch nicht ganz ausgeschlossen.

Wir stehen also auch auf dem Standpunkt, daß wir in der Alopecia areata wahrscheinlich vorwiegend ein einheitliches Krankheitsbild vor uns haben, selten vielleicht — ohne daß es erwiesen ist — durch Infektion erzeugt, meist jedoch hervorgerufen durch zentral gelegene Störungen, wahrscheinlich sympathisch-endokriner Natur, die durch die verschiedensten äußeren und inneren Schädlichkeiten ausgelöst werden können. Dabei spielen konstitutionelle Momente sicherlich ebenfalls eine nicht zu unterschätzende Rolle, wofür Beobachtungen über familiäre Alopezien zu sprechen scheinen. Solche Beobachtungen liegen bis in die dritte Generation vor, wo also rückwärts bis zu den Großeltern Alopecia areata nachgewiesen werden konnte. Auch Fälle von Alopecia areata bei mehreren Geschwistern sind beschrieben und im Sinne der infektiösen Theorie verwertet worden. Dagegen sprechen aber die vielen Fälle familiärer Alopecia areata, wo direkte Ansteckung sicher auszuschließen war. Erst kürzlich konnte der eine von uns in der Privatpraxis Alopecia areata bei zwei Geschwistern beobachten, die getrennt wohnen und sehr wenig zusammenkommen. Interessant sind in dieser Richtung auch die von Tomkinson gemachten Beobachtungen über familiäres Vorkommen von Alopecia areata kombiniert mit Strabismus. Daß nach unseren ebenso wie nach den Beobachtungen der meisten Autoren das Entwicklungsalter hauptsächlich für Alopecia areata disponiert, scheint uns doch weniger bei unseren sporadischen Fällen in der Vergrößerung der Infektionsmöglichkeit gelegen zu sein als darin, daß gerade dieses Organsystem in der Entwicklung den größten Anforderungen ausgesetzt ist und schon geringgradige Schädigungen mit Störungen in seinem Gleichgewicht beantwortet. Auch das Rezidivieren der Herde nach manchmal jahrelanger Symptomfreiheit, wie wir es auch bei unseren Fällen beobachten konnten, spricht doch mehr gegen ein infektiöses Agens und dafür, daß die zentrale Störung in der Latenz weiterbesteht und von Zeit zu Zeit ohne kenntliche Veranlassung neue Herde hervorruft.

Wir möchten daher unsere Anschauung dahingehend zusammenfassen, daß wir in der Alopecia areata ein im wesentlichen einheitliches Krankheitsbild zu erblicken haben, das seine Ursache in zentralen Störungen wahrscheinlich im Gebiet des vegetativ-endokrinen Systems hat, wofür die verschiedensten äußeren Schädlichkeiten als auslösender Faktor in Betracht kommen können. Konstitutionellen Momenten, wie familiärer Disposition sowie Alter und vielleicht auch Geschlecht, scheint ebenfalls ein gewisser Einfluß auf das Entstehen der Alopecia areata zukommen. Die Möglichkeit seltener äußerer Infektion als ursächliches Moment ist zwar nicht ganz abzulehnen, aber bisher nicht sicher erwiesen. Jedenfalls spielt es sicher nicht die ausschlaggebende Rolle bei der Entstehung des Leidens.

Literatur.

1. Ayres jr., Arch. of Derm., Bd. 8, Nr. 4. — 2. Barber, ref. Derm. W., 1919, S. 692; Brit. Journ. of Derm., Bd. 33, Nr. 1; Proc. of the roy. soc. of med., Bd. 14, Nr. 5. — 3. Bettmann, Arch. f. Derm., 1904, Bd. 70. — 4. Blaschko, Berl. Derm. Ges., 1903. — 5. Brunsgaard, Norsk. magaz. f. laegevidenskaben, Jg. 83, Nr. 2. —

Digitized by Google

6. Buschke, Berl. Derm. Ges., 25. März 1923 u. 11. Dezember 1923. — 7. Buschke und Preiser, M. Kl., 1922, Nr. 23; Kl. W., 1922, Nr. 44; ebenda, 1923, Nr. 31; Zschr. f. Krebsforschg., 1923, Bd. 21, H. 1; M. Kl., 1924, Nr. 11; Kl. Wschr., 1924, Nr. 13. — 8. Darier, Grundriß der Dermatologie, 1913. — 9. Fischl, W. m. W., 1917, Nr. 5; Wien. Derm. Ges., 13. Januar 1921. — 10. Gawalowski, Česká dermatol., Jg. 3, H. 2/3; Tschechoslowak. Ges. f. Derm. u. Venereol., Prag, 23. März 1923. — 11. Goldmann, Derm. Zschr., Bd. 24, H. 6. — 12. Hellwig, Bruns Beitr., Bd. 125, H. 1. — 13. Hudelo und Rabut, Presse méd., Jg. 31, Nr. 67. — 14. Jacquet, Ann. de Derm. et de syph., 1902. — 15. Jenkins, The Brit. Journ. of Dermatol., 1915. — 16. Joelsohn, M. Kl., 1916, Nr. 29. — 17. Joseph, Virch. Arch., Bd. 116. — 18. Lassar, Ber. f. d. 4. internat. derm. Kongr. zu Paris, Derm. Zschr., 1900. — 19. Lévy-Franckel, Bull. de la soc. franç. de dermatol. et de syphiligr., 1922, Nr. 3. — 20. Lévy-Franckel und Juster, Presse méd., Jg. 30, Nr. 52; Ann. des mal. vénér., Jg. 18, Nr. 1; Encéphale, Jg. 18, Nr. 4; Bull. de la soc. franç. de dermatol. et de syphiligr., 1923, Nr. 3. — 21. Lévy-Franckel, Juster und Bogaert, ebenda, 1923, Nr. 6. — 22. Lévy-Franckel, Cottenot und Juster, ebenda, 1922, Nr. 7. — 23. Matsumoto, Japan. journ. of dermatol. and urol., Bd. 23, Nr. 4. — 24. Pajares, Pediatria espan., Jg. 12, Nr. 131. — 25. Papastatigakis, Paris méd., Jg. 12, Nr. 47. — 26. Pick, D. derm. Ges. in d. Tschechoslowakei, 2. März 1924. — 27. Pöhlmann, Arch. f. Derm., 1913, Bd. 114; M. m. W., 1915, Nr. 47. — 28. Rennstjerna, Nord. med. Ark., Bd. 50, H. 6. — 29. Roberts, Brit. J. of Derm., Bd. 33, Nr. 10. — 30. Rosenthal, Wratschebnoje Djelo, Nr. 1/2. — 31. Sabouraud, Presse méd., 1917, Nr. 64; Ann. de Derm. et de syph., Jg. 6, Bd. 1, Nr. 4; Presse méd., Jg. 29, Nr. 59. — 32. Sainz de Aja, Siglo med., Jg. 68, Nr. 3518. — 33. Sklarz, Berl. Derm. Ges., 11. Dezember 1923. — 34. Spitzer, Arch. f. Derm., Orig., Bd. 132. — 35. Ssuchow, ref. Derm. W., 1918, S. 173. — 36. Strandberg, Acta med. Scandinavica, Bd. 52, H. 1/2. — 37. Tomkinson, Brit. M. J., Nr. 3220 u. 3325. — 38. Urban, ref. Zbl. f. Haut- u. Geschlechtskrkh., Bd. 10, S. 262. — 39. Valk, ref. ebenda, Bd. 10, S. 48.

Die Verwendung des Amylnitrits in der Dermatologie.

Von

Ferdinand Winkler in Wien.

(Schluß.)

Die Amylnitrithyperämie läßt sich übrigens auch mit Erfolg zur Entscheidung der Frage verwenden, wo man bei einer Spontangangrän des Fußes amputieren soll. Von vornherein dürfte es für unwahrscheinlich gehalten werden müssen, bei einer die unteren Extremitäten betreffenden Frage aus der Amylnitritwirkung einen Schluß ziehen zu können, da sich die sichtbare Rötung bei der Amylnitritinhalation nicht an den unteren Extremitäten bemerkbar zu machen pflegt. In Wirklichkeit gibt aber die Ausführung des Amylnitritversuches oft ganz entschiedene Anhaltspunkte. Der gute Gedanke von Moszkowicz (17), die kranke Extremität mit einem elastischen Bande einzuwickeln und festzustellen, bis zu welcher Grenze die nach der Lösung der Einwicklung entstehende Hyperämie der Haut das Bestehen normaler Zirkulationsverhältnisse anzeigt, und die Bestätigung seiner Versuche durch Mendelsohn (18), durch Bergemann (19) und durch Lejars (20) legten den Gedanken nahe, zu untersuchen, wie weit in solchen Fällen die durch Amylnitrit hervorgerufene Erweiterung der Blutgefäße reicht. Es zeigte sich, daß die Kontrastwirkung der Farbe in der gut mit Blut versorgten Partie und in dem von der Gangrän betroffenen Abschnitte sehr deutlich wird, indem

Digitized by Google

die eigenartig livide Farbe in der schlecht versorgten Partie die Stelle, bis zu welcher die Blutzirkulation normal ist, in charakteristischer Weise anzeigt. Für die Ausführung dieses Versuches ist es nicht nötig, das karbonisierte Amylnitrit zu verwenden, da dem gewöhnlichen reinen Amylnitrit die gleiche Wirkung zukommt und die herzschädigende Wirkung des Amylnitrits mit Rücksicht auf die nicht indizierte Wiederholung des Versuches nicht in Betracht zu ziehen ist. Der Farbenunterschied zwischen der normal versorgten Haut und jener Haut, die sich im thrombosierten Bezirke befindet, erleichtert dem Chirurgen in zweckmäßiger Weise die Bestimmung des Amputationsortes.

Es ist wahrscheinlich, daß die Amylnitrittherapie, sei es in Form der Inhalation mit reinem Amylnitrit, sei es in Form der Einatmung des für das Herz ungefährlichen karbonisierten Amylnitrits, für jene Dermatosen eine gewisse Bedeutung gewinnen wird, in welcher es sich um eine Wirkung von reizenden in der Haut abgelagerten Stoffen handelt; hierher gehören die von Darmintoxikationen abhängigen Hauterkrankungen, die mit der Menstruation und der Gravidität in Verbindung stehenden und die durch Arzneimittel hervorgerufenen Dermatosen.

Das Gebiet, welches sich die allgemeine Amylnitritbehandlung erobern dürfte, wird aus diesem Grunde ziemlich groß sein können; aber weit größere Bedeutung dürfte die lokale Amylnitritapplikation für sich beanspruchen. Es ist wohl merkwürdig, daß niemand versucht hat, das Amylnitrit in seiner Lokalwirkung zu versuchen, da doch die flüchtige Natur des Präparates zu einem solchen Versuche hätte einladen müssen. Als ich vor einer Reihe von Jahren feststellte, daß die lokale Applikation des Amylnitrits auf das Kaninchenohr zu einer ähnlichen Erweiterung der Gefäße Veranlassung gibt, wie die intratracheale Einspritzung, glaubte ich, daß auch bei der lokalen Anwendung des Amylnitrits eine Inhalation mitwirke; erst als ich sah, daß frisch amputierte Kaninchenohren dieselbe Hyperämie bei lokaler Amylnitritaufträufelung zeigten, erkannte ich, daß es sich um eine Einwirkung des Amylnitrits auf die Gefäße durch die unversehrte Haut hindurch handele.

Es ist sehr wichtig, daß sowohl die Vasokonstriktoren, wie die Vasodilatatoren der Hautgefäße durch die unverletzte Haut hindurch beeinflußt werden können; die Wirkung des Adrenalins durch die unversehrte Haut hindurch hinsichtlich der Vasokonstriktoren konnte ich in einer größeren Studie (21) aufzeigen, und im Gegensatze dazu konnte ich feststellen, daß die gleiche Applikationsmethode — eine dünne Watteschicht mit dem Präparat getränkt und unter leichtem Aufdrücken an der gleichen Hautstelle durch etwa 5 Minuten belassen — beim Amylnitrit eine hellrote zirkumskripte Farbe der Haut veranlaßt.

Eine mit Amylnitrit behandelte Hautstelle behält durch etwa 10 Minuten ihre Rötung bei, und nur allmählich klingt die Hyperämie ab; während dieser Zeit ist die einfache lokale Behandlung der Haut mit Adrenalin nicht imstande, die sonst sicher eintretende Anämisierung hervorzurufen; doch kann mittels der Iontophorese von Adrenalin die Konstriktion der Blutgefäße auch in dieser Hyperämiezone veranlaßt werden, und es gewährt ein instruktives Bild, wenn man inmitten des durch Amylnitrit geröteten Hautbezirkes, der sich von der umgebenden Haut

Digitized by Google

scharf absetzt, mittels der elektrolytischen Adrenalineinführung einen zentralen anämischen Bezirk hervorbringt.

Es ist begreiflich, daß die lokale Applikation von Amylnitrit bei einer Epithelläsion noch stärker einwirkt als bei ganz unversehrter Haut; zur Erzielung einer solchen Epithelschädigung genügt es, die Haut mit feinem Schmirgelpapier oder mit Glaspapier abzureiben. Bei Personen mit vasomotorisch leicht erregbarer Haut, besonders bei Dermographismus fällt die Rötung stärker aus, als bei normal erregbaren Personen. Führt man bei einer solchen Person über eine amylnitritrote Hautstelle einen Strich mit einem stumpfen Stiele, so setzt der Dermographismus hart an der roten Stelle ab, um jenseits der Rötung wieder zu beginnen.

Bringt man auf eine Stelle mit Urticaria factitia die Amylnitritwatte, so tritt rasch die Gänsehaut zurück, die aufgerichteten Haare sinken ein und der Dermographismus verschwindet. Doch ist die Zeit, welche zum Verschwinden nötig ist, bei verschiedenen Personen verschieden, und es wäre leicht, eine kolorimetrische Bestimmung des Grades des Dermographismus darauf zu gründen.

Zweifellos eignet sich die Amylnitritmethode zur diagnostischen Verwertung der vasomotorischen Erregbarkeit, und im Vereine mit der Anämisierung durch Suprarenin wird es gelingen, über die Funktion der Hautgefäße in jedem einzelnen Falle einen Aufschluß zu gewinnen. Außerdem erlaubt uns die Amylnitritmethode die Feststellung, ob es sich um eine venöse oder um eine arterielle Hyperämie handelt; eine venöse Hyperämie ändert rasch ihren Farbenton, während der Farbenton einer arteriellhyperämischen Haut erhalten bleibt.

Die interessantesten Aufschlüsse über die Funktion der Hautgefäße und gleichzeitig die überraschendsten therapeutischen Resultate erzielt die Amylnitritapplikation bei der Gefäßlähmung. Nach wenigen Minuten verschwindet sie und macht einer normalen Färbung Platz, freilich um nach kurzer Zeit wiederzukehren. Doch gelingt es in nicht wenigen Fällen bei einer durch längere Zeit wiederholten Applikation von Amylnitrit, die Blutgefäße in dem Sinne des Gefäßturnens an eine richtige Funktion zu gewöhnen. Die Cutis marmorata gibt eine sehr hübsche Gelegenheit, um die Wirkung des Amylnitrits auf die Haut zu studieren.

Die starke Erweiterung der Gesichtsvenen, welche sich bei Bergführern, Landwirten, Briefträgern, Kutschern und bei Leuten, welche sich andauernd den Einflüssen von Wind und Wetter aussetzen müssen, in der Form von roter und blauer Verfärbung des Gesichtes findet, ist durch Amylnitrit in ganz ausgezeichneter Weise zu beeinflussen, ebenso die blaue Nase, welche bei anämischen Personen so häufig vorkommt, und die Behandlung der Frostbeulen erfährt durch die Einführung der Amylnitritbehandlung eine fast sicher wirkende Bereicherung; dabei handelt es sich nicht bloß um die Frostbeulen an den Füßen, sondern auch um die als Berufskrankheit auftretenden Frostbeulen an den Händen, wie sie bei allen jenen Gewerben zur Beobachtung kommen, bei denen die Verkäufer längere Zeit in ungeheizten Räumen sich aufhalten müssen, wie in der Lebensmittelindustrie, im Kleinhandel und im Blumenhandel. Die Dermatitis congelationis erythematosa, ebenso die Dermatitis congelationis bullosa erfahren unter der lokalen Amylnitritbehandlung eine

Digitized by Google

rasche auffallende Besserung, und die Unterkühlung, von welcher Wieting (22) spricht, mit ihrer Gefäßparalyse ist durch Amylnitritbehandlung ihrer Gangrängefahr zu entkleiden; auch die Gefahr der Nässegangrän im Sinne von Lothar Dreyer (23) ist durch die Amylnitrittherapie vielleicht vermeidbar. Perutz (23) hat darauf aufmerksam gemacht, daß alle von ihm beobachteten Fälle von Unterkühlungsgangrän an Hyperidrosis pedum litten, ich habe deshalb den Versuch gemacht, ob die lokale Amylnitritbehandlung nicht auch bei dieser Affektion mit Vorteil zu verwenden sei. Es hat sich gezeigt, daß sowohl Fußschweiß wie auch die unangenehme Hyperidrose der Achselhöhlen sich mit außerordentlichem Vorteil durch Einreibungen mit Amylnitrit behandeln lassen.

Eine ganz besondere Indikation für die lokale Amylnitritapplikation bildet das Erysipeloid, wie es bei Köchinnen oder Fleischern oder Wildprethändlern nicht selten auftritt, und auch die Therapie des Erysipels selbst erfährt durch die Kombination des reinen Ichthyols mit Amylnitrit eine dankenswerte Bereicherung. Unna schreibt zwar dem Ichthyol eine verengende Wirkung auf die Hautgefäße zu, welche also durch die Kombination des Amylnitrits mit dem Ichthyol paralysiert werden würde, jedoch bezieht sich die verengende Wirkung des Ichthyols nur auf die Venen, während das Amylnitrit erweiternd auf die Arterien und die Kapillaren wirkt, so daß sich die beiden Mittel in dankenswerter Weise ergänzen.

Glänzende Erfolge erzielt die Amylnitritbehandlung bei der Urtikaria und besonders bei dem sie begleitenden Jucken. Die Urtikariaquaddeln bilden sich infolge der Amylnitritapplikation rasch zurück, und das Jucken verschwindet rasch, in vielen Fällen fast sofort. Auch der Pruritus senilis, eine sonst schwer beeinflußbare Affektion, wird durch die lokale Applikation des Amylnitrits, sei es in Form von Einreibungen der Flüssigkeit oder in Form von 10 %igem Amylnitritvaselin, oder dadurch, daß man auf die juckende Haut dünne, in Amylnitrit getränkte Wattelagen gibt, überraschend gebessert und der Pruritus genitalium erfährt durch die Amylnitritvaselinbehandlung eine stets dankbar anerkannte Erleichterung; bei dem Genitalpruritus und besonders bei dem Analpruritus hat sich weiterhin die Verwendung einer Amylnitrit-Zykloformsalbe als besonders geeignet erwiesen (Amylii nitrosi 5,0 + Cycloformii 5,0 ad Vaselini americani 50,0).

Daß die lokale Asphyxie und die Akrozyanose bei der Raynaudschen Erkrankung für die Behandlung mit Amylnitrit sehr geeignet sind, braucht nach dem Vorhergehenden nicht besonders herrorgehoben zu werden; es sei nur bemerkt, daß bei der als „Tote Finger" bezeichneten Neurose, bei welcher anfallsweise die peripheren Extremitäten abschnittsweise wachsbleich werden, schmerzen und sich kalt anfühlen, durch Amylnitrit die Anfälle rasch beendet werden. Erstaunlich ist es, daß auch die Dupuytrensche Kontraktur der Finger durch die Amylnitritbehandlung in vielen Fällen auffallend gut beeinflußt wird, wenige Minuten nach der Applikation von Amylnitrit auf die Kontrakturstelle in der Palma kann der Kranke zu seiner Überraschung die Finger strecken.

Ebben (24) hat darauf aufmerksam gemacht, daß innerhalb der einzelnen Abschnitte des Venensystems kein einheitlicher Tonus besteht und

Digitized by Google

daß die einzelnen Venenabschnitte eine ungleiche Dehnungsfähigkeit besitzen; er unterscheidet eine spastische und eine atonische Zyanose und er begründet seine Anschauungen durch das Studium der Hautfärbung in ihrer Beziehung zur Vermehrung und Verminderung der Blutmenge. Die Amylnitritmethode erlaubt es, diese Anschauung zu prüfen und auch die Lehren der Hydrotherapeuten über die Wärmeregulierung wie auch die von A. Strasser (25) vermuteten Beziehungen der Kälteempfindung zum Zittern einer Revision zu unterziehen.

Der Amylnitritversuch verdient gleich dem Adrenalinversuch sowohl in der Physiologie wie auch in der Pathologie der Haut eine besondere Stellung, aber auch in der Therapie der Hautkrankheiten gebührt dem Amylnitrit, namentlich seiner lokalen Applikation eine seiner Wirksamkeit entsprechende Verwertung; dabei sei bemerkt, daß die lokale Applikation nicht die Verwendung des karbonisierten Amylnitrits verlangt und daß das im Handel befindliche Amylnitrit, das aber neutral oder nur schwach sauer reagieren muß, zur Ausführung sowohl der diagnostischen wie der therapeutischen Versuche hinreicht; man findet im Handel oft zersetztes Amylnitrit, das durch seine stark saure Reaktion auffällt und einerseits Ätzwirkungen hervorrufen kann, andererseits hinsichtlich der hier geschilderten Erscheinungen wirkungslos ist und auch bei der Inhalation nur eine geringfügige Erweiterung der Gefäße hervorruft. Das brauchbare Amylnitrit zeichnet sich durch einen eigenartigen fruchtähnlichen Geruch aus, während das zersetzte Amylnitrit gewissen Käsesorten ähnlich riecht. Die chemische Fabrik „Pharmazeutische Industrie" in Klosterneuburg-Wien hat mir sowohl das reine Amylnitrit wie auch das karbonisierte Amylnitrit in zureichender Qualität geliefert.

Bei der therapeutischen Amylnitritwirkung dürfte die Abführung von gewebereizenden Produkten aus der Haut durch die erzielte Hyperämie eine wesentliche Bedeutung haben; und es gelingt leicht, den experimentellen Beweis dafür zu liefern, daß unter dem Einflusse des Amylnitrits aus der Haut giftige Produkte entfernt werden. Versuche in der Art, wie sie Schaeffer (26) angestellt hat, um die Wirkung von Jodpinselungen auf Entzündungsprozesse in der Haut zu zeigen, lassen deutlich erkennen, daß dem Amylnitrit eine wesentliche Beziehung zur Beseitigung von Entzündungserregern zukommt.

Literatur.

1. L. Lewin, Die Nebenwirkungen der Arzneimitttel. Pharmakologisch-medizinisches Handbuch, August Hirschwald, Berlin 1893, 2. Aufl., S. 242. — 2. R. Kobert, Pharmakotherapie. Ferdinand Enke, Stuttgart 1897, S. 276. — 3. Hösslin, Über lokale Asphyxie. M. m. W., 1888, Bd. 6. — 4. R. Cassirer, Die vasomotorisch-trophischen Neurosen. S. Karger, Berlin 1901, S. 344. — 5. G. Hayem, Leçons de thérapeutique. G. Masson, Paris 1891, troisième sér., S. 228. — 6. N. Berend, Die rasche Heilung von exsudativen Ekzemen nach Einatmung von Amylnitrit. Mschr. f. Kindhlk., 1918, Bd. 14, S. 417. — 7. Samelsohn. B. kl. W., 1875, S. 349. — 8. G. Mansfeld, zit. bei Berend, S. 431. — 9. T. Lauder Brunton, Handbuch der allgemeinen Pharmakologie und Therapie, deutsch von Josef Zechmeister. F. A. Brockhaus, Leipzig 1893, S. 316. — 10. Schweinburg, Zur Wirkungsweise des Amylnitrits. W. med. Presse, 1885, S. 1113. — Maximowitsch und Rieder, D. Arch. f. klin. Med., 1890, Bd. 46, S. 365. — 12. F. Winkler, Neue Beiträge zur Kenntnis der Amylnitritwirkung. Zschr. f. klin. Med., 1898, Bd. 35, H. 3 u. 4. — 13. F. Winkler, Über die nach Sättigung des Amylnitrits mit Kohlenoxyd auftretende Änderung der Amylnitritwirkung. Zschr. f. klin. Med.,

Digitized by Google

1898, Bd. 36, H. 1 u. 2. — 14. G. Hayem, Semaine médicale, 1895, Bd. 15, S. 440. — 15. Hösslin und Washirado, Experimentelle Untersuchungen über Kochsalzwechsel und Nierenfunktion. D. Arch. f. klin. Med., 1911, Bd. 102, S. 520. — 16. Br. Bloch, Beitrag zur Lehre vom Ekzem. Korr. Bl. Schweiz., 1917, Nr. 39. — 17. L. Moszkowicz, Die Diagnose des Arterienverschlusses bei Gangräna pedis. Mitt. Grenzgeb., 1907, Bd. 17, H. 1—2. — 18. H. Mendelsohn, Über die Diagnose des Arterienverschlusses mittels des Moszkwiczschen Verfahrens. Beitr. z. klin. Chir., 1909, Bd. 62, S. 23. — 19. W. Bergemann, Die Bedeutung der reaktiven Hyperämie bei arteriosklerotischer Nekrose. Beitr. z. klin. Chir., 1909, Bd. 63, S. 1. — 20. F. Lejars, L'épreuve de l'hyperémie comparée pour servir à la détermination du lieu d'amputation. Semaine méd., 1909, Bd. 29, S. 242. — 21. F. Winkler, Die Nebennierenpräparate als diagnostisches Hilfsmittel in der Dermatologie. Mh. f. pr. Derm., 1908, Bd. 46, S. 126. — 22. Wieting, Zur gefäßparalytischen Kältegangrän. Zbl. f. Chir., 1913, Nr. 52, S. 1985. — 23. L. Dreyer, Kriegschirurgische Erfahrungen. D. m. W., 1914, Bd. 40, S. 809. — 24. Sigm. Erben, Über vasomotorische Störungen. W. kl. W., 1918, Bd. 31. — 25. A. Strasser, Die Wärmeregulation und ihre Bewertung. W. Arch. f. inn. Med., 1923, Bd. 6, S. 215. — 26. J. Scharffer, Der Einfluß der therapeutischen Maßnahmen auf die Entzündung. Enke, Stuttgart 1907.

Aus der Universitäts-Hautklinik in Bonn (Direktor Prof. Dr. Erich Hoffmann).

Zur Behandlung der Gonorrhoe mit Auto- oder Frischvakzine.

Von

Dr. Emil Kropp.

Im Sinne einer aktiven Immunisierung soll durch die Einverleibung abgetöteter Gonokokkenleiber der Immunkörpergehalt im Organismus vermehrt und eine allerdings nur zeitlich engbegrenzte Immunität durch Bildung spezifischer Schutzstoffe erzeugt werden. Durch die Einverleibung der Vakzine welche für den erkrankten Organismus eine Reizmaßnahme darstellt, soll insbesondere die Zellfunktion angeregt und in die Abwehr des entzündlichen Prozesses gestellt werden, um den Kampf mit den Erregern solange durchzuführen, bis die Infektion überwunden ist. Bereits von Fey wurde der Nachweis erbracht, daß im Serum von Gonorrhoikern spezifische Agglutination und Komplementbildung vorhanden ist. Hierdurch zeigte er, daß die gonorrhoischen Toxine in den Kreislauf gelangen und dort die entsprechenden Antistoffe bilden.

Aus der großen Anzahl der in der Praxis angewandten Reizmethoden schälen sich drei große Gruppen heraus. Sie werden nach der Art ihrer Anwendung und dem Aufbau der angewandten Mittel eingeteilt in: a) spezifische Reizmethode, b) unspezifische Reizmethode, c) spezifisch-unspezifische Reizmethode. Die spezifische Reizmethode stützt sich auf die Antigen-Antikörpertheorie und auf die Wrightsche Opsoninlehre. Zweck und Ziel dieser Methode ist es, durch aktive Immunisierung den spezifischen Antikörpergehalt zu erhöhen und die Opsoninbildung anzuregen. Die unspezifische Reizmethode will eine allgemeine Leistungssteigerung des Organismus herbeiführen, um sekundär die Abwehrtätigkeit desselben zu heben, den Gesamtorganismus aktivieren, um dadurch einen besseren Einfluß auf den Krankheitsprozeß zu gewinnen. Die spezifisch-unspezifische Reizmethode beruht auf einer Vereinigung beider oben angeführter Prinzipien.

Digitized by Google

Im allgemeinen ist man in der Praxis auf die Anwendung käuflicher Vakzine angewiesen, deren Wirkung wechselnd und oft unbefriedigend ist. Als Grund für dieses Versagen der käuflichen Gonokokkenvakzine haben Buschke und Langer ihre Abschwächung durch langes Lagern und Altern angegeben. Die in der Gonokokkenvakzine enthaltenen abgetöteten Gonokokkenleiber fallen der Autolyse anheim, so daß die wirksamen Substanzen nach einiger Zeit mehr oder weniger verloren gehen. Daher ist es dem Zufall überlassen, ob in der käuflichen Vakzine Stoffe enthalten sind, welche gegenüber dem krankmachenden Keime noch eine merkliche Immunität zu erzeugen imstande sind. Es erhebt sich daher die Forderung, eine Vakzine herzustellen, die die wirksamen Stoffe möglichst frisch enthält (Frischvakzine) und auf den betreffenden Gonokokkenstamm möglichst gut und wirksam eingestellt ist (Autovakzine).

Die in unserer Klinik in der Hauptsache mit Gonargin und Arthigon gesammelten Erfahrungen decken sich im allgemeinen mit denen, die in der Literatur niedergelegt sind. Von der unspezifischen Reizmethode und der spezifisch-unspezifischen wurden, abgesehen von sterilisierter Milch bei Augenblenorrhoe und einer Anzahl Fälle weiblicher und männlicher Gonorrhoe, bei uns weniger Erfolge gesehen.

Ein Verfahren, Gonokokken in reichlicher Menge zu kultivieren, stellt der Levinthalsche Kochblutagar dar, über den Strempel in der D. m. W., 1924, Nr. 46 berichtet hat. Zur Vakzinebereitung werden die Gonokokken in der üblichen Weise abgeschwemmt. Unter Verzicht auf die mühselige Auszählung haben wir ebenso wie Habermann u. a. den Keimgehalt durch Vergleich mit hergestellten Standardlösungen bestimmt und lediglich durch Transparenz festgelegt.

Als in Betracht kommend für die Behandlung mit Autovakzine wurden von vornherein nur Komplikationen der Gonorrhoe angesehen. Die Urethritis gonorrhoica anterior schlossen wir von der Behandlung mit Vakzine im allgemeinen aus, da der Heilungseffekt der Vakzine in der zu erzielenden spezifischen Reaktion des gonorrhoischen Gewebes zu suchen ist. Da wir bei der Behandlung mit Autovakzine mit starken Fieberreaktionen rechnen mußten, entschieden wir uns meist für die intramuskuläre Applikationsform.

Was die Dosierung angeht, so stehen sich hier zwei Ansichten gegenüber. Die einen wollen eine bessere Beeinflussung der Krankheit durch große Dosen und damit kräftige Reaktionen erzielen, während die anderen sich von kleinen Dosen größere Wirkung versprechen. Im allgemeinen hielten wir uns an die übliche Dosierung der käuflichen Gonokokkenvakzine und begannen mit 50 Millionen Keimen, steigend bis etwa 300 oder 600 Millionen, in einem Abstand von 4—5 Tagen, je nach Ausfall der Fieberreaktionen. Bei geringeren Reaktionen steigen wir schnell, bei größeren langsam (6—8 Tage Zwischenraum). Erschien das klinische Bild der gonorrhoischen Erkrankungen besonders schwer, so begannen wir vorsichtig mit der Applikation von 20—26 Millionen Keimen, evtl. mit noch kleineren Dosen. Bei der Einverleibung von Autovakzinen erzielten wir immer gute Fieberreaktionen, die durchschnittlich 38° erreichten und des öftern diese Temperatur noch überschritten. Während wir mit käuflicher Vakzine meist bis zu Dosen von 1000—1200 Millionen und mehr

Digitized by Google

Keimen gehen mußten, war bei Auto- und Frischvakzine eine höhere Dosis als 500 Millionen meist nicht erforderlich.

Die seinerzeit bei der intravenösen Applikation von Arthigon an unserer Klinik von Haberrmann beobachtete Bildung einer Doppelfieberzacke wurde in einer größeren Anzahl von intraglutäal vakzinierten Fällen gesehen.

Eine Verschlimmerung der Krankheit durch Überspringen bei der intramuskulären Applikation von Autovakzinen glauben wir nur in einem Fall gesehen zu haben. Bei dem Patienten, welchen wir wegen einer rechtsseitigen Epididymitis vakzinierten, fanden wir zwei Tage nach der Applikation eine linksseitige Epididymitis vor; möglicherweise begannen wir die Vakzination in der negativen Phase und führten dadurch die Ausbreitung des Prozesses herbei.

Die insbesondere von Joetten berichtete überaus schnelle Aufhellung des Urins und die Verringerung der Eiterkörperchen im Ausfluß und Prostatasekret konnten wir nicht in dem Maße feststellen. Nur bei einem Fall beobachteten wir ein auffallend schnelles Zurückgehen der Epididymitis und Aufhellung der beiden Urinportionen nach Vakzinbehandlung.

Mit Autovakzine allein haben wir nicht behandelt. Stets ging neben der Darreichung von Autovakzine sorgsame Lokaltherapie einher. So gelang es uns durch Ausnutzung sämtlicher Chancen dieser beiden Therapiearten die Behandlungsdauer der komplizierten Gonorrhoe häufig und merklich herabzumindern. Wir können noch hinzufügen, daß wir auch mit Frischvakzine (aus mehreren Stämmen in der Klinik hergestellte polyvalente Vakzine) bessere Erfolge zu verzeichnen hatten als mit käuflicher polyvalenter Vakzine.

Zusammenfassung.

1. Nach unseren Erfahrungen bedeutet die Behandlung mit Autovakzine eine Bereicherung unseres therapeutischen Rüstzeuges, da sie ein Verfahren darstellt, das den biologischen Anforderungen weitgehend genügt.

2. Die Autovakzine verdient in erster Linie vor allen anderen käuflichen Vakzinen den Vorzug.

3. Bei Versagern mit käuflicher polyvalenter Gonokokkenvakzine sollte immer ein Versuch mit Autovakzine gemacht werden.

4. In der Behandlung der gonorrhoischen Komplikationen bedeutet die Autovakzine im Verein mit der Lokaltherapie die Methode der Wahl.

5. Wo Autovakzine nicht zur Verfügung steht, hat uns Frischvakzine bessere Erfolge (und auch deutlichere Fieberreaktionen) ergeben als die meist mehr oder weniger abgelagerte käufliche Mischvakzine.

Literatur.

1. Burckas, Derm. W., 1921, 37. — 2. Buschke u. Langer, M. Kl., 1922. — 3. Dorn, Derm. W., 1912. — 4. Fey, Zschr. f. Immunitätsforsch. u. exper. Ther., 1920, 14. — 5. Foeckler, Derm. W., 1912. — 6. Haberrmann, M. m. W., Nr. 8, S. 417 bis 420, und Nr. 9, S. 481—483. — 7. Hagen, M. Kl., 1912, Nr. 7. — 8. Joetten, Derm. W., 1921, Nr. 16. — 9. Keining, Mesenchymale Reiztherapie bei Infektionskrankheiten. — 10. Osswald, Derm. Zschr., 1922, Nr. 36. — 11. Rost, Derm. Zschr., 1915, Bd. 22. — 12. Strempel, D. m. W., 1924, Nr. 46. — 13. Wagner, Derm. W., 1921, 45.

Digitized by Google

Versammlungen.

Berliner Dermatologische Gesellschaft.

Originalbericht von L. Kleeberg.

Sitzung vom 11. November 1924.

Erich Langer und Wassmund: **Zahnveränderungen bei kongenitaler Lues.** Langer demonstriert ein Kind mit Hutchinsonschen Zähnen.

Die sicher kongenital-luetischen Veränderungen finden sich fast ausschließlich an den oberen Schneidezähnen, selten auch an den unteren, noch seltener an den Eckzähnen. Folgende Typen können unterschieden werden (Demonstration an Modellen und Photographien):

1. die Tonnenform mit annähernd gerader Schneidekante;
2. die Tonnenform mit einer halbmondförmigen Einbuchtung der Schneidekante;
3. Tonnenform gemeinsam mit senkrecht gestellter Inzisur oder Einfurchung des Zahnes in der Mittellinie;
4. die Pflockform, die aussieht, als wenn der sonst normal gebildete Zahn unterhalb seines Austritts aus dem Kiefer abgeschnitten wäre;
5. eine fötale Erkrankung: das Fehlen des Zwischenkiefers auf Grund der luetischen Veränderungen.

Die bisher zur Erklärung dieser Zahnveränderungen herangezogenen Theorien (direkte Spirochätenschädigung, Hypophysen, Epithelkörperchenschädigung, evtl. zusammen, und einer Schädigung des Kalkstoffwechsels) werden abgelehnt. Auf Grund eingehender Untersuchungen und Messungen wird besonders nach dem von Buschke früher schon demonstrierten Fall des vollständigen Fehlens des Zwischenkiefers bei einem Kongenitalluetischen allein in einer Erkrankung des Zwischenkiefers die Ursache dieser Zahnanomalien gesehen.

Wassmund: Die Hypoplasie des Zwischenkiefers zeigt sich in einer Verkürzung am stärksten in der Mittellinie, weniger nach den Eckzähnen zu. Die Zähne erscheinen dann kürzer, weil sie höher beginnen. Bei starker Ausbildung entsteht dadurch offener Biß; es entsteht der konkave Rand des Zwischenkiefers (beim gesunden ist der Rand des unteren Zahnfleischsaumes eine gerade Linie). Der Gedanke Buschkes, es müßten Prozesse analog der Epiphysenlösung der Röhrenknochen am Zwischenkiefer spielen, findet seine Bestätigung durch die klinische Beobachtung, daß fast bei allen Fällen von „Hutchinson"-Zähnen ein Diastema in der Mittelinie besteht, wenn auch dieses Gauchersche Zeichen nicht für kongenitale Lues pathognomonisch ist.

Diskussion: Fritz Lesser weist auf die Konvergenzstellung der Hutchinsonschen Zähne hin, welche manche Autoren für so bedeutungsvoll halten, daß beim Fehlen der Konvergenzstellung und beim Fehlen jeglicher anderer Stigmata die Zahnveränderung allein als nicht beweisend für Lues congenita erachtet wird. Durch die Konvergenzstellung kann bei nicht dicht aneinander gereihten Zähnen leicht ein Diastema vorgetäuscht werden.

Balog hält die Zähne des vorgeführten Mädchens nicht für Hutchinson-Zähne.

Sklarz weist unter Bezugnahme auf ältere Arbeiten von Stancanelli und d'Alise auf die Unspezifizität der Zahnanomalien hin, die sich bei allen möglichen Stoffwechselerkrankungen, besonders aber bei der Tuberkulose fänden; nur die typischen Hutchinsonschen Zähne seien pathognomonisch. Auch die Zwischenkieferfrage sei nichts prinzipiell Neues. Fußend auf den Arbeiten Albrechts, hat sie Stancanelli schon ventiliert. Hauptsächlich beschäftigt haben sich aber mit ihr Nicolas, Massia und Dupasquier, die über die Lues des Zwischenkiefers in ihren Erscheinungsformen als Zahndystrophien (Hutchinsonsche Zähne, Schraubenzieherzähne, Stellungsanomalien), Gaumenschädigungen (Hasenscharte, hoher Gaumen) und als tertiäre Erscheinungen (Gummen und Sequesterbildung) zusammenfassend berichtet haben.

Schlußwort: Langer: Die Konvergenz ist bedingt durch die Verschiebung der Zähne gegeneinander infolge Wachstumsstörungen im Zwischenkiefer, oft wird sie aber nur durch die Tonnenform der Zähne vorgetäuscht.

Buschke: a) Knabe, leidet seit 3 Jahren an Geschwürsbildung an beiden Unterschenkeln. Zur Zeit bestehen beiderseits ausgedehnte Ulzerationen, besonders an der Vorderfläche, schmierig belegt, torpide. Sie grenzen direkt an Narben, die sich auf die

Digitized by Google

Hinterfläche erstrecken. Für Lues kein Anhaltspunkt. WR negativ. Histologisch durch Impfung festgestellte **Tuberkulose.**

b) Kellner, der nach Anwendung eines Messingputzmittels — Sidol — eine schwere akute nässende Dermatitis beider Hände bekommen hatte. Auf der nicht mehr nässenden, nur noch etwas geröteten Haut der Dorsalflächen beider Hände finden sich jetzt auffallende symmetrische, scharf begrenzte, ziemlich harte, bläuliche, stark prominente Infiltrate in Erbsen- bis Haselnußgröße. Diagnose: **Pyodermite végétante?** Histologische Untersuchung steht noch aus.

c) 46jähr. Frau, im Anschluß an die Menopause zahlreiche **essentielle Teleangiektasien** im ganzen Gesicht (ohne Spur von Akne). B. erinnert an das Auftreten dieser Hautveränderungen bei sonstigen Genitalaffektionen, Uterusexstirpation usw.

d) 51jähr. sonst gesunde Frau, mit typischem **Erythema induratum Bazin** der Unterschenkel. Daneben finden sich zahlreiche erbsen- bis kirschgroße, nicht schmerzhafte, teils kutane, teils subkutane, scharf begrenzte Knoten an beiden Ober- und Unterarmen und an den Oberschenkeln. Die histologische Untersuchung ergab typische entzündliche Fettgewebsatrophie. Unter Höhensonne und Tuberkulin Besserung. WR negativ.

e) Abbildung eines ausgedehnten, großfleckigen **Leukoderms** am Rumpf eines 6 Monate alten Säuglings, der ein Eczema marginatum aufwies, das allerdings durch **Trichophyton cerebriforme** erzeugt war. Das Kind ist sonst stark pigmentiert. B. erinnert an die Depigmentierung bei Tinea albiginea.

Diskussion: Bruhns: Die Knoten nach dem Sidolekzem erinnern an Lichen ruber verrucosus.

Bruhns: a) **Akrodermatitis atrophicans im Infiltrationsstadium.** 48jähr. Frau. Lokalisation am linken Arm. Beginn 1913 am Ellenbogen, hier wie am Handrücken typische atrophische Veränderung. Daneben aber an der Ulnarseite des Armes Stadium der Infiltration, hier teigige, blaurote, ödemartige Schwellung, Haut prall gespannt. Diese letzteren Veränderungen bestehen erst seit 2 Jahren. Endokrine Störungen fallen bei gewöhnlicher klinischer Untersuchung nicht auf. Der Knochenbefund des linken Armes röntgenologisch o. B. Therapeutisch sind die Erfahrungen mit Sympathektomie noch zu unsicher. Gegen die infiltrativen Veränderungen soll Röntgentiefenbestrahlung versucht werden.

b) **Tertiäre Lues beider Unterschenkel in ungewöhnlicher Ausdehnung.** Seit 6 Jahren ohne Unterbrechung ulzerierend und unbehandelt. Röntgenologisch besteht außer den Hautulzera Ostitis und Periostitis der Fibula.

c) **Acne vulgaris bei dreijährigem Knaben.** Seit 8 Monaten mit Unterbrechungen bestehend. Vor 6 Wochen waren reichliche Komedonen, ausgesprochene Aknepusteln und daneben Narben als Residuen am Nacken und Rücken (Demonstration von Photographie), in geringerem Grade am Bauch vorhanden, heute ist mehr Abheilung eingetreten, aber man sieht noch deutlich die typischen Komedonen und die Aknenarben, besonders am Nacken und dem oberen Teil des Rückens. Bis jetzt sind keine auf Störungen der Keimdrüsen hinweisende Veränderungen nachweisbar.

d) **Erythrodermie pityriasique en plaques disséminées.** 60jähr. Mann, typische Flecke an Extremitäten und Rumpf, derselbe Fall, den Arndt hier vor 2 Jahren demonstrierte. Der Pat. wird nochmals gezeigt zum Hinweis auf die relative Ähnlichkeit der Flecke mit dem Bilde des nachfolgend von Alexander demonstrierten Falles von Purpura annul. Majocchi.

Alexander zeigt ein 14jähr. Mädchen mit **Purpura anularis Majocchi.** Im Stadium der Rückbildung zeigt der Fall große Ähnlichkeit mit einer Erythrodermie pityriasique en plaques disséminées. An beiden Beinen, von den Fußrücken bis zum Lig. Puparti, größere und kleinere, hell- bis dunkelbraune, runde und unregelmäßig begrenzte, nur zum geringen Teil anulär angeordnete Herde; einige zeigen eine ganz glatte Oberfläche, andere leichte Schuppung, wieder andere Depigmentierung und Zigarettenpapierphänomen. Teleangiektasien jetzt nur noch angedeutet, Blutungen waren vor 3 Monaten an den proximalen Teilen des Exanthems deutlich nachweisbar. Ringbildung ist wenig ausgesprochen, follikuläre Anordnung desgleichen.

Heller demonstriert den schon 1923 einmal vorgestellten 45jähr. Kranken mit **multipler primärer Hautsarkomatose.** Es handelte sich um eine Mischform von Spindelzellensarkomen mit Rundzellen, zahlreichen Gefäßen, Pigmentbildung, Blutungen, myxomatösen Degenerationen. Unter Elektrokoagulation, Galvanokauter-, Röntgen- und Arsentherapie (intern und Injektionen) sind die gesamten Tumoren ohne wesentliche

Digitized by Google

Pigmentierungen geschwunden; die Knochen — Röntgenaufnahme! — sind frei. Der Fall lehrt, wie vorsichtig man die Prognose dieser Fälle stellen muß, und daß auch heute nicht nur die Strahlentherapie erfolgreich ist.

Universitäts-Hautklinik.

Heyn: a) **Akrodermatitis chronica atrophicans mit sklerodermieähnlichen Veränderungen.** 34jähr. Fräulein. Beginn vor 14 Jahren mit Rötung und Jucken der Haut am linken Unterschenkel, ganz langsame Ausbreitung. Dem erythematösen Stadium folgt erst nach Jahren Verdünnung der Haut. An Oberschenkel und Gesäßhälfte von vornherein seidenartige Atrophie. Erst vor 6 Jahren setzte, ebenfalls zunächst am Unterschenkel, die sklerodermieähnliche Verhärtung und Schrumpfung der Haut ein und ist seitdem auf den Fuß und Teile des Oberschenkels fortgeschritten. Verdünnung der Knochen, teilweise Fixation der Gelenke in ihrem Bereich. Das rechte Bein erkrankte in gleicher Weise vor 2 Jahren, zeigt nur am Unterschenkel herdförmige Verhärtung der Haut.

b) **Morphaea.** 25jähr. Frau. Beginn vor 11 Monaten mit hartem Fleck außen am linken Oberschenkel. Jetzt ist eine handgroße Morphaea mit breitem Lilacring vorhanden. Gegenüber dem zu a) vorgestellten Fall ist neben den Abweichungen in der Art der Entwicklung besonders der viel raschere Verlauf des Prozesses zu betonen.

Gottron: Demonstration eines 35jähr. Mannes mit **Lupus miliaris disseminatus** des Gesichts mit zahlreichen aknitisähnlichen Effloreszenzen. Neben typischen graubraunen, zum Teil zentrale Nekrose aufweisenden Lupus-miliaris-Knötchen bestehen mehr subkutan gelegene Knötchen, über denen die glattgespannte Oberhaut eine bläulichrote Verfärbung zeigt. Die vor kurzem aufgetretene allgemeine Drüsenschwellung und die schwach positive Pirquetreaktion erschwerten die Differentialdiagnose gegen Lues. Histologisch: Tuberkulide Struktur der Hautveränderungen. WR war negativ.

Sitzung vom 9. Dezember 1924.

Buschke demonstriert den 1922 schon von Pinkus in der Gesellschaft gezeigten 47jähr. Mann mit **Spieglerschen Tumoren.** (Demonstration der histologischen Präparate von Pinkus auf dem Hamburger Dermatologenkongreß und Bearbeitung von Watanabe [Arch. f. Derm., 1922, Bd. 140, S. 208—234]). Der Kranke zeigt auch heute noch zahlreiche stecknadelkopf- bis haselnußgroße Tumoren auf der Brust, Oberschenkeln und behaartem Kopf. Demonstration der histologischen Präparate.

Gumpert (Abteil. Buschke): Demonstration eines **Schädels** von einem **kongenitalluetischen** Kinde mit **Zerstörung des Naseneingangs.** Das distale Drittel der häutigen Nase fehlte völlig, die Ränder waren geschwürig zerfallen, das Septum fehlte zum Teil, teils war es mit Geschwüren bedeckt und etwa in mittlerer Höhe reiskerngroß perforiert. Es handelt sich wohl nicht um einen primär luetischen Prozeß, sondern die durch Sekretstauung begünstigten schweren ulzerativen Veränderungen der Nasenschleimhaut haben offenbar sekundär auf das Knorpelgewebe übergegriffen.

Erich Langer (Abteil. Buschke): **Samenblasen-Blasenfistel** nach Perforation eines Samenblasenabszesses — **durch Zystoskopie festgestellt.** 47jähr. Mann, der vor 5 Jahren eine Blennorrhoe gehabt hat, erkrankte mit Fieber, Schüttelfrost und häufigem Urindrang, im Katheterurin fanden sich massenhaft Leukozyten und Staphylococcus aureus haemolytic. Auf der inneren Station, auf der der Patient zur Beobachtung lag, war aufgefallen, daß die Eiterbeimengungen im Urin sehr schwankten. Er wird zur Zystoskopie überwiesen.

Zystoskopie mittels des Urethrozystoskops nach Oelze. Linke Blasenseite zeigt ein flächenhaftes, bullöses Ödem. An einer Stelle, die innerhalb dieses Ödems und oberhalb und nach hinten von dem Trigonum liegt und die kraterartig aus dem Niveau hervorspringt, entleert sich kontinuierlich ein dicker Eiterfaden, der abreißt und auf den Blasenboden sich niederlegt, wo sich die abgerissenen Eiterstückchen wie Würste übereinanderlegen. Die Ureteren werden — auch bei einer anschließenden Chromozystoskopie — als normal funktionierend befunden. An dem Colliculus seminalis sieht man ein starkes Ödem, das sich vor allem auf der linken Seite in der Gegend des Ductus ejaculatorius findet. Im Katheterurin wird Bact. pyocyaneus gefunden. Bei rektaler Nachuntersuchung findet man eine Druckschmerzhaftigkeit der linken Samenblase; Prostata ist normal. Ferner findet sich am Damm auf der linken Seite ebenso in der linken Leistengegend und entlang dem linken Funikulus eine dicke, schmerzhafte, nicht fluktuierende Infiltration. Wenn auch mit Sicherheit keine Gonokokken mehr

Digitized by Google

nachweisbar gewesen sind, so ist der Prozeß doch entschieden auf eine blennorrhoische Infektion und Abszeßbildung der linken Samenblase im Anschluß an die Blennorrhoe vor 5 Jahren zurückzuführen. In manchen unklaren Fällen kann nach Erschöpfung aller Untersuchungsmethoden die Zystoskopie erst die Diagnose ermöglichen.

Universitäts-Hautklinik.

Arndt: a) Taucher mit **orthostatischer chronischer Purpura.** Bei Taucherarbeiten im Jahre 1906 mußte der Patient, als er sich 20 m befand, plötzlich in die Höhe gezogen werden. Es zeigten sich danach Nasenbluten, Ohrensausen und ausgedehnte Purpura. Alle Erscheinungen bis auf die Purpura sind geschwunden. Es besteht eine chronische Purpura mit Blasen- und Knötchenbildung, besonders an den Unterschenkeln (im Darm okkultes Blut). Es handelt sich um eine orthostatische Purpura, sie entsteht nur beim Aufrichten und schwindet bei Bettruhe. Histologisch findet man neben ausgedehnten Hämorrhagien dem Zosterbläschen ähnliche Bilder (Koagulationsnekrose) und massenhafte Anhäufung eosinophiler Zellen.

b) Mann mit **akuter Leukämie** bei sehr gutem Allgemeinbefinden. Enorme Schwellung der Inguinaldrüsen beiderseits, Schwellung aller Lymphdrüsen, ausgedehnte lividrote Infiltrate am ganzen Abdomen, in der Sternalgegend geschwulstartige Gebilde von bräunlichem Farbenton. Tonsillen tief dunkelblau, nekrotischer Herd auf der einen Tonsille. Histologischer Befund steht noch aus.

c) **Gonorrhoische Hautmetastase an der rechten Wange.** Außerordentlich schmerzhafte Schwellung der rechten Wange bis zum Auge. (Klinisch zwischen nodösem Erythem und umschriebener Knotenbildung stehend.) Auge selbst vollkommen frei. Außerdem besteht noch eine blennorrhoische Arthritis in einem Handgelenk.

Gottron zeigt 46jähr. Mann mit ausgedehntem **Mammakarzinom.**

Balog: **Demonstration zur Wirkungsweise der Silberpräparate, besonders des Reargons und Targesins.** Balog bekämpft alle, die den Tripper noch als Erkrankung der Harnröhrenschleimhaut auffassen und in der Infektion der Drüsen eine Komplikation sehen. Er hält eine Einteilung in G. superficialis und profunda für veraltet. Die Blennorrhoe ist immer eine Drüsenerkrankung. Fingers Sektionsbefunde aus 1884 beweisen, daß die Littréschen Drüsen 3 Tage nach der Infektion schon infiziert waren. B. wendet sich gegen die Arbeiten, die mit neuen Blennorrhoemitteln (Reargon, Targesin) besonders günstige und schnelle, früher nie gesehene Blennorrhoeheilungen gesehen haben und diesen Präparaten allein dastehende Eigenschaften zuschreiben. B. demonstriert injizierte Urethraschnitte, um zu beweisen, daß sämtliche Präparate nur die Oberfläche zu färben imstande sind. Die Färbung der Sekrete von Urethraldrüsen kann durch jede nicht alkalische, farbige Lösung herbeigeführt werden. Alle bis jetzt üblichen Methoden an totem Material sind noch unzulänglich. B. zeigt Kapillaren, die mit Eiweiß, Eiter und Sperma gefüllt sind, die die Ausführungsgänge der Drüsen darstellen sollen; mit dem einen offnen Ende tauchen sie in verschiedene Lösungen, die die Flüssigkeitssäule der injizierten Medikamente darstellen. Bei einer besonderen Affinität müßte eine schnelle Reaktion stattfinden. Nach 10 Minuten ist kaum die minimalste Diffusion feststellbar. Schon lange ist die ganze Kapillare des Fuchsins rosa gefärbt, als die Versuchskolloide kaum 1 cm weit in die Kapillarflüssigkeit eingedrungen sind. Ein Unterschied zwischen Reargon-, Targesin- und Kollargolkapillaren ist nicht festzustellen.

Diskussion. Jacobsohn: Die schematische Einteilung Artur Lewins in eine superfizielle, profunde und komplizierte Form hat sich in der Praxis gut bewährt. B.s Behauptung, daß superfizielle Formen der Blennorrhoe des Mannes praktisch nie in Behandlung kämen und bei jedem am 2. oder 3. Tage schmerzhafte Knoten an der Unterseite des Penis zu fühlen seien, wird wohl von jedem Praktiker bezweifelt. Die von B. heute demonstrierten mikroskopischen Schnitte können, da er mit Salzsäure-Alkohol differenziert und dadurch die kolloidale Phase des Targesins und Reargons zerstört wird, gar nichts beweisen. Daß Ergebnisse von Leichenversuchen nicht ohne weiteres auf den lebenden Organismus übertragen werden dürfen, ist selbstverständlich. Unsere Versuche zeigten aber prinzipielle Verschiedenheiten der Reaktionsbilder von Silberpräparaten, die unter gleichen Versuchsbedingungen auf Leichenschleimhaut eingewirkt hatten, je nach ihrem Gehalt an aktiven Ag-Ionen; sie zeigten die Möglichkeit des Eindringens kolloidaler Ag-Präparate in die Tiefe, ohne histochemisch erkennbare Veränderung des Gewebes.

Langer: Für die Beurteilung des blennorrhoischen Krankheitsprozesses ist es gleichgültig, ob man die Littrésche Drüsenerkrankung als Komplikation auffaßt oder

Digitized by Google

nicht. Die Behauptung B.s, daß er schon am 3. oder 4. Erkrankungstage in der Harnröhre fast stets Infiltrate palpieren könne, widerspricht allen Erfahrungen. Von einer Heilung der Blennorrhoe der Adnexorgane ist von Jacobsohn und mir bei der Beurteilung des Targesins und Reargons nie gesprochen worden. Die von Jacobsohn und mir beschriebenen Leichenversuche sollen niemals, was von uns mehrmals ausdrücklich betont wurde, auf die menschliche Pathologie übertragen werden, sondern sollen nur Anhaltspunkte zur vergleichsweisen Erprobung von Silberpräparaten sein. Das Herausquellen schwarzer Targesinfäden aus den Ausführungsgängen der Drüsen ist von uns mehrfach beobachtet worden, besonders auch bei Patienten, die 10 und mehr Stunden vorher das Mittel in die Harnröhre injiziert erhalten hatten. Die Versuche B.s mit Methylenblau entsprechen in keiner Weise unserer Anordnung und können daher zu einer vergleichenden Beurteilung gar nicht herangezogen werden. Durch die technisch keineswegs einwandfreien histologischen, soeben demonstrierten Bilder kann B. nichts beweisen oder widerlegen.

Referatenteil

redigiert von Dr. Marie Unna, Hamburg-Bergedorf.

Fachzeitschriften.

The British Journal of Dermatology and Syphilis.

1924, Bd. 36, Nr. 11.

Psoriasis und seborrhoisches Ekzem; pathologische Anatomie und histologische Diagnose beider Dermatosen (Psoriasis and Seborrhoic Eczema: Pathological Anatomy and Diagnostic Histology of the Two Dermatoses), von A. Civatte-Paris. S. 461. Das histologische Bild bei Psoriasis ist in kurzem Polynukleosis, keine Vesikeln, aber Zerreißung des Rete mucosum, vielmehr intra- wie interzelluläres Ödem, geringe oder keine wirkliche Spongiosis, bei dem seborrhoischen Ekzem-Mononukleose, Bläschenbildung und Spongiosis (interzelluläres Ödem); die großen ödematösen Malpighischen Zellen und die ausgedehnte Polynukleose bestimmen vor allem die Diagnose der Psoriasis. Immerhin sind Irrtümer in den zahlreichen Fällen möglich, wo einerseits zum Ekzem Sekundärinfektion und Invasion mit Polynukleären hinzutritt, andererseits eine Psoriasis „ekzematös" wird: in letzterer Hinsicht sind immerhin charakteristische histologische Veränderungen für beide gleichzeitig bestehende Hautaffektionen vorhanden. Was die pathologische Anatomie lehrt, wird auch durch den klinischen Verlauf bestätigt — die völlige Verschiedenheit beider Affektionen: die ständige Drohung von Rückfällen bei Psoriasis trotz intensiver Behandlung und dauernde Heilung des seborrhoischen Ekzems durch äußere Behandlung, vor allem die Exfoliation durch stark reduzierende Mittel. Die Primärläsion der ekzematösen Hautveränderungen ist zudem immer ein charakteristisches kleines Bläschen — was auch bei der grob anatomischen Differentialdiagnose, wenn auch nur im Anfangsstadium, in Betracht kommt.

Arsenkrebs durch gewerbliche Schädigung (Arsenic Cancer of Occupational Origin), von W. J. O'Donovan-London. S. 477. Verf. beschreibt 3 Fälle, Arbeiter im Alter von 35—49 Jahre betreffend, welche infolge viele Jahre hindurch getriebener Beschäftigung mit Arsenpräparaten Oberflächenkarzinome an den verschiedensten Hautstellen akquiriert hatten. Es handelte sich in all diesen Fällen um Natrium arsenicosum, das Arsensulfit und freie arsenige Säure enthielt, und um die gleiche Art Beschäftigung (in der Schafwollindustrie). Wie beim Teerkrebs sind viele Jahre der Tätigkeit mit den schädlichen Stoffen notwendig, das klinische Bild ist Pigmentierung, Keratosen und vereinzelte oder multiple bösartige Neubildungen.

Indikanurie in der Dermatologie (Indicanuria in Dermatology), von F. Krone und I. H. McCaw. S. 482. Von 146 Fällen der verschiedensten Hautkrankheiten zeigten 97% bei ihrer Aufnahme Indikanurie, aber fast immer nahm die Menge des Indikans bedeutend ab oder verschwand völlig im Laufe der Behandlung, was in erster Linie mit der Regelung des Stuhlganges und in zweiter der Besserung des Hautleidens zuzu-

Digitized by Google

schreiben ist; dafür sprechen die 40 Fälle von Psoriasis, 35 von seborrhoischer Dermatitis usw. Daß beträchtliche Mengen von Indikan im Urin eher auf toxische Faktoren als auf Verdauungsstörungen (Obstipation) zurückzuführen sind, bewies ein Fall von Pemphigus foliaceus, wo keine Obstipation vorhanden, die Temperatur nicht erhöht, aber hochgradige Indikanurie vorhanden war; mit der Besserung des Hautleidens wurde auch die Menge Indikan geringer. Verf. fanden, daß Indikan im Urin nach äußerer Anwendung von Teer und Scharlachsalbe, wenn Pat. obstipiert war, zunahm und ebenso während der Gewebsnekrose, welche der Anwendung von Kohlensäureschnee folgte, aber in manch anderen Fällen war kein Grund für die Zunahme zu finden.

M. Stern-München.

Acta Dermatologica (Japan).

1924, Bd. 3, H. 2.

Untersuchungen über die Störungen der Wärmeregulation durch Antipyretika, von M. Wakamutso, Pharm. Inst. Univ. Kyoto. S. 106. Experimentelle Untersuchungen an Kaninchen ergaben, daß Antipyrin, Morphin und Chinin nur in größeren Gaben regulationsstörend wirken, Salizylsäure hingegen schon in kleinen, eben gerade antipyretisch wirkenden Mengen die Wärmeregulation beeinträchtigt. Chloralhydrat wirkt nur in sehr großen Mengen antipyretisch und regulationsstörend. Pikrotoxin, Veratrin und Kampher wirken in mäßigen Dosen gut temperaturerniedrigend, in größeren Dosen treten bald starke Regulationsstörungen zu Tage.

Die Lokalisation der Ligulae in den Kaninchen und Hühnern, von K. Matsubara und K. Tsuyuki, Path. Inst. Univ. Nagoya. S. 117. Kaninchen und Hühner wurden mit Ligulae gefüttert, um die bevorzugten Ablagerungsstätten der Würmer in diesen Tieren zu bestimmen. Bei beiden Tierarten wurden das intramuskuläre Gewebe, die Peritonealhöhle und das subkutane Gewebe hauptsächlich befallen, die Bauchseite der Rückenseite gegenüber bevorzugt. Vereinzelte Lokalisation in den Lungen.

Die Wassermannsche Reaktion bei der Frambösie (On the Wassermann Test by Frambesia tropica), von Y. Ikegami. S. 131. Die Untersuchung von 89 Fällen verschiedener Stadien ergab weitgehende Übereinstimmung mit den spezifisch syphilitischen Seren. Negativ waren nur 3 Fälle des Primär- und 2 Fälle des Tertiärstadiums.

Über die kongenitale Säuglingssyphilis und die diagnostische Zuverlässigkeit der serologischen Reaktionen derselben, von Y. Yoneyama. S. 161. Zahlreiche Fälle von kongenitaler Säuglingssyphilis wurden in bezug auf ihr serologisches Verhalten mit Hilfe der WR und der SGR studiert. Verf. kommt zu folgenden Resultaten: Mehrmalige serodiagnostische Untersuchung der Säuglinge und ihrer Mütter ist erforderlich, da einmaliger negativer Ausfall nicht entscheidend ist. Die Stärke des Ausfalls geht gewöhnlich den klinischen Erscheinungen parallel. Bei jüngeren Säuglingen jedoch häufig trotz ausgesprochener Symptome negativer Ausfall. Die SGR ist empfindlicher als die WR. Schlafmangel und anhaltendes nächtliches Schreien sind zuweilen die ersten Symptome der kongenitalen Lues.

M. Gumpert-Berlin.

Archives of Dermatology and Syphilology.

1924, Bd. 10, Nr. 4.

Experimentelle Beobachtung der Syphilisprophylaxe durch Arsphenamin, Neoarsphenamin und Sulfarsphenamin (An Experimental Study of the Prophylaxis of Syphilis with Arsphenamin, Neo-Arsphenamin and Sulpharsphenamin), von S. S. Greenbaum u. M. J. Harkins-Philadelphia. S. 409. Die für den Menschen wirksame Dosis zur Abortivheilung der Syphilis verhindert bei syphilitisch infizierten Kaninchen nicht die Ausbreitung der Krankheit, selbst wenn die Dosis 3 Stunden nach der Infektion gegeben wird. Sie bedürfen zur Abortivheilung einer dreifach stärkeren Dosis als der Mensch. Am wirksamsten ist die Applikation in drei gleich starken Dosen 24 Stunden nach der Infektion. Dies gilt sowohl für Arsphenamin, als auch für Neo- und Sulfarsphenamin. Wahrscheinlich wird dieser Zeitraum zur Bildung von Antikörpern verwendet, während beim Menschen nach den bisher allein bekannten 2 Fällen experimenteller Syphilis dieser Zeitverlust zur Abortivheilung nicht notwendig ist.

Digitized by Google

Die klinische Bewertung des Wismuts bei der Syphilisbehandlung: Bericht über einige ungewöhnliche Reaktionen nach seiner Anwendung (The Clinical Value of Bismuth in the Treatment of Syphilis: The Report of Some Unusual Reactions Following its Administration), von Ch. H. de T. Shivers-Atlantic City. S. 414. Wismut sollte bei Lues I und Lues II nur in salvarsanrefraktären Fällen gegeben werden, denn es ist hauptsächlich wirksam bei Lues III. Die Neurosyphilis wird durch Wismut günstiger beeinflußt als durch Salvarsan. Wismut ist in allen Fällen von Salvarsanschädigungen zu empfehlen, mit Vorsicht bei Patienten, deren Nieren und Leber nicht intakt sind.

Sektionsbefunde des Rückenmarks in 2 Fällen von chronischem Pemphigus (Postmortem Findings in the Spinal Cord in Two Cases of Chronic Pemphigus), von W. M. Kraus-New York. S. 424. Die Sektionsbefunde zweier Männer mit chronischem Pemphigus ergaben für das Rückenmark samt seiner Hüllen und Gefäße nicht die geringsten krankhaften Veränderungen.

Die Warze des Nagelbetts (Verruca of the Nail Fold), von D. W. Montgomery and G. D. Culver-San Francisco. S. 425. Warzen des Nagelbetts sind schwer zu entfernen. Ein chirurgischer Eingriff wird meist von einem Rezidiv gefolgt. Verf. hat in mehreren Fällen Radium mit Erfolg angewandt, wobei die Umgebung sorgfältig abgedeckt und die Dosis wesentlich höher als für die Haut sonst gegeben werden mußte.

Ist Kopfgrind seborrhoisch? (Is Dandruff Seborrheal?), von R. H. Rulison und W. J. Highman-New York. S. 429. Verf. vertritt die Ansicht Sabourauds, der zwischen der Kopfseborrhoe, verursacht durch den Mikrobazillus der Seborrhoe, und der Pityriasis simplex, verursacht durch den Unnaschen „Flaschenbazillus", unterscheidet. Die erstere Erkrankung beginnt in der Pubertät und besteht in einer Erkrankung der Talgdrüsen. Die zweite ist unabhängig von der Pubertät und mehr oberflächlicher Natur, ohne wie die Seborrhoe Kahlheit zu verursachen. Doch ebnet sie den Weg dem Welchschen Staphylococcus albus, durch den der Charakter der Schuppen verändert wird. Sie werden dicker, sukkulenter und gelber. Die Talgdrüsen bleiben unverändert. Es ist dann das Bild entstanden, das Thomas Raynald als den „Kopfgrind" beschreibt.

Die Fällungsreaktion mit der Spinalflüssigkeit bei Syphilis (The Precipitation Test on Spinal Fluid in Syphilis), von O. Ishh-New York. S. 442. Verf. gibt eine Modifikation der Kahnschen Methode an, womit er dieselben Resultate bei Spinalflüssigkeit erzielt hat wie mit der WR.

Ein Fall von Frambösie im Staate Missouri (A Case of Yaws Occurring in Missouri), von L. D. Cady und M. F. Engman-St. Louis. S. 446. Ein 27jähr. Neger erkrankte mit warzenähnlichen Gebilden am Ohr, die sich bald mit weißen Schuppen bedeckten. 1 Monat später zeigten sich juckende Papeln am ganzen Körper, zum Teil mit grauen, zähen Schuppen bedeckt, gering infiltriert, keineswegs das Aussehen einer syphilitischen Papel aufweisend; nur hinter den Ohren pilzförmig gewuchert und ulzeriert. Lokalisation in Gruppen und Ringen besonders auf den Schulterblättern nach dem Arm zu, in den Knie- und Ellenbeugen, am Kinn und im Nacken. Dunkelfelduntersuchung — negativ. WR ++++. Nach kräftiger Neoarsphenaminbehandlung Verschwinden der Erscheinungen. Die Infektion holte sich der Pat. entweder bei der Arbeit (Beschäftigung mit Vieh) oder von seiner Frau, die eine positive WR hatte. Impfungen von Kaninchen mit mazerierten Papeln waren erfolglos; nur ein Kaninchen bekam eine positive WR.

Die Häufigkeit der Syphilis an der Universitätspoliklinik zu Washington und ihre Beziehung zu den Lebensverhältnissen (The Incidence of Syphilis at the Washington University Dispensary and its Relationship to Economic Conditions), von R. S. Weiss und A. H. Conrad-St. Louis. S. 453. Die Häufigkeit der Syphilis erreichte ihren Höhepunkt 1918. Im Jahre 1919 und 1920 trat eine Verminderung ein, während 1921/22 wieder ein Ansteigen zu bemerken war, welch letzteren Umstand Verf. auf ein Anwachsen der Negerbevölkerung zurückführt. Das An- und Abschwellen 1918 bis 1920 läßt sich offenbar darauf zurückführen, daß die Pat. bei guten Lebensverhältnissen mehr in die Privatpraxis gehen. Statistiken aus Polikliniken sind also nur von relativem Wert. Im allgemeinen ist nach Verf. die Syphilis gutartiger geworden, namentlich Fälle von maligner Syphilis kommen kaum noch vor.

Beobachtungen über Immunität bei Trichophytie (Studies in Immunity in Ringworm Infections), von S. S. Greenbaum-Philadelphia. S. 462. In Fällen von oberflächlicher Trichophytie verursachte die Injektion von Phytin (Kulturfiltrat des Pilzes) sowohl bei Mensch als auch beim Tier keine lokale Reaktion, die für Antikörperbildung sprechen würde. Die Injektion von Neophytin vermochte in einer Form der oberflächlichen

Digitized by Google

Trichophytie des Menschen eine Lokalreaktion hervorzurufen, also einen gewissen Grad von Antikörperbildung zu verursachen. Bei Tierversuchen verkürzten Neophytininjektionen die Dauer der Infektion. Zur Zeit kann Neophytin noch nicht bei Menschen angewendet werden, da ihm noch gewisse Mängel anhaften (Abszeßbildung).

Behandlung gewöhnlicher Warzen mit Neoarsphenamin (Treatment of Common Warts by Neo-Arsphenamin), von H. C. K. Lindsay-Vancouver. S. 471. Ein Fall von multiplen Kopfwarzen, die angeblich seit 1 Jahr bestanden, wurde ohne Erfolg mit Röntgen und innerlich mit Fowlerscher Lösung behandelt. Sublimat versagte ebenfalls. Eine intravenöse Injektion von 0,6 Neoarsphenamin, wovon sich Verf. eine starke Arsenwirkung versprach, brachte Heilung in einer Woche. Ein nach 3 Wochen auftretendes leichtes Rezidiv wurde für immer durch eine zweite gleichstarke Injektion beseitigt. Eine Differentialdiagnose mit Syphilis wird nicht in Betracht gezogen.

Die Krätzemilbe und ihr Schlupfwinkel (The Itch Mite and its Burrow), von D. W. Montgomery-San Francisco. S. 473. Für den Dermatologen nichts Besonderes.

Ein chronisches juckendes papulöses Exanthem der Achselhöhlen und der Schamgegend (A Chronic Itching Papular Eruption of the Axillae and Pubes [Fox and Fordyce]. Report of Two Cases), von F. C. Knowles und P. Hartdrant-Philadelphia. S. 478. Die Ätiologie dieses chronischen juckenden papulösen Exanthems, das hauptsächlich bei Frauen und zwar bei sehr nervösen Frauen auftritt, ist noch nicht geklärt. Histologisch ist auffallend die Erweiterung der Schweißdrüsengänge und Degeneration ihrer Wände. Fordyce hält es für eine Varietät der Neurodermitis, Whitfield für eine atypische Form von Acanthosis nigricans. Nach Verf. handelt es sich um eine besondere Erkrankung, deren Ursache in einer Störung des endokrinen Systems zu suchen ist.

Familienbeobachtung von ungewöhnlichen Fällen von kongenitaler ichthyosiformer Erythrodermie (Familial Study of Three Unusual Cases of Congenital Ichthyosiform Erythroderma), von U. J. Wile, Univ. Michigan. S. 487. Klinisch boten drei Geschwister das Bild einer lamellösen Schuppung wie nach Scharlach, nicht das einer richtigen Ichthyosis. Histologisch fand sich Akanthosis und degenerative Erscheinungen der Elastika in den oberen Schichten der Kutis. Ursache der Erkrankung eine nahe Verwandtenehe, die sowohl zwischen den Großeltern als auch zwischen den Eltern bestand. Nur die männlichen Kinder waren befallen. Von den drei Knaben blieb nur der älteste am Leben, bei dem sich die Erkrankung nur an einzelnen Stellen lokalisierte. Sowohl die histologischen als ätiologischen Momente deuten auf eine auffallende Beziehung zur Epidermolysis bullosa.

Duodenalspülung bei Behandlung von Gelbsucht, die während einer Syphiliskur auftrat (Duodenal Lavage in the Treatment of Jaundice Complicating the Treatment for Syphilis), von L. F. X. Wilhelm-Rochester. S. 499. Von 33 mit Duodenalspülungen behandelten Ikterusfällen erholten sich 30 schnell und endgültig, so daß die Syphiliskur sofort weitergeführt werden konnte. Notwendig waren 2—8 Spülungen, die jeden zweiten Tag gemacht wurden. Nur die schwersten Fälle von Ikterus widerstanden dieser Behandlung. Nach Verf. war das Salvarsan keineswegs der ätiologische Faktor dieser Gelbsuchtsfälle.

Quecksilberexantheme (Mercurial Eruptions), von C. S. Wright-Philadelphia. S. 507. Quecksilberexantheme sind genau so verschiedenartig wie Salvarsanexantheme und werden sowohl durch äußerliche wie innere Medikation hervorgerufen, sei es, daß eine Idiosynkrasie oder eine Überdosierung vorliegt.

Behandlung der Efeuschädigung durch Tinktur und Antigen von Rhus toxicodendron (Treatment of Ivy Poisoning by Rhus Tincture and Antigen), von Ch. M. Williams und J. A. McGregor-New York. S. 515. Rhustinktur, innerlich gegeben, oder Antigen, hergestellt von Rhus toxicodendron, brachten schnelle Heilung ohne Nebenschädigung.

L. Mühlpfordt-Allenstein.

The Urologic and Cutaneous Review.

November 1924, Bd. 28, Nr. 11.

Die ultravioletten Strahlen in der Dermatologie (The Ultra-Violet Rays in Dermatology), von L. G. Beinhauer-Pittsburgh, Pa. S. 639—641. Übersicht über das Anwendungsgebiet und die Ausführung der Methode. Wirksamstes Mittel bei flachen Naevi vasculosi und flammei und bei Röntgendermatitis.

Digitized by Google

Beobachtungen über Leukoderm (Observations on Leucoderma), von N. E. Aronstam-Detroit, Mich. S. 641—643. Es handelt sich weniger um als Leukoderm denn als Leukopathien oder Vitiligo zu bezeichnende Fälle, bei denen durch Quarzlichtbestrahlungen (die trotz zunächst vielleicht nicht sichtbarer Erfolge lange fortgesetzt werden müssen) in Verbindung mit Arsen und Organotherapie gute Resultate erzielt wurden.

Angeborene Verengerung der männlichen Harnröhre — Bericht eines Falles (Congenital Stricture of the Male Urethra — Report of a Case), von N. L. Burrell-Springfield, Ohio. S. 643—646. In dem beschriebenen Falle hatte die Verengerung wie gewöhnlich keine Symptome gemacht, sondern war erst gelegentlich einer im 16. Lebensjahre aufgetretenen Blennorrhoe bemerkt worden, bei der es zu einer plötzlichen völligen Harnverhaltung gekommen war.

Diathermie in der Behandlung des Trippers (Diathermy in the Treatment of Gonorrhoea), von W. S. Ehrich-Evansville, Ind. S. 646—649. Beschreibung der Methode und der Applikationsarten bei den verschiedenen Komplikationen des Trippers. Bei Mischinfektionen verschwinden die Gonokokken früher als die anderen Bakterien, die gegen die Hitze resistenter sind. Einspritzungen schwacher Lösungen organischer Silberpräparate sollen gleichzeitig angewendet werden.

Retention des Hodens (Undescended Testicles), von C. A. Boone-Louisville, Ky. S. 649—651. Auseinandersetzungen aus Anlaß eines Falles von maligner Entartung.

Hartnäckige Tripperinfektionen beim Manne: ihre Ursachen und Behandlung (Obstinate Gonococcal Infections in the Male: Their Causes and Treatment), von A. L. Wolbarst-New York. S. 651—653. Es kann sich um zwei verschiedene Kategorien von Fällen handeln: von vornherein in milder Form chronisch verlaufende oder von Beginn an sehr akute und schwere, wahrscheinlich durch hohe Virulenz in Verbindung mit geringer konstitutioneller Widerstandsfähigkeit. Oft ist unzweckmäßige Behandlung Schuld an dem schlechten Verlaufe.

Anurie — mit Bericht eines Falles (Anuria — with Case Report), von A. G. Fleischman-Des Moines, Iowa. S. 653—655. Aufzählung der verschiedenen Ursachen. In dem vorliegenden, im Anschluß an die Operation tötlich verlaufenen Falle, in dem schon eine Zeit lang Störungen von seiten des Harnapparates bestanden hatten, war die völlige Anurie im Anschluß an die Extraktion eines kariösen Zahnes aufgetreten, wodurch wahrscheinlich eine Überschwemmung des Organismus mit virulenten Bakterien zustande gekommen war.

Einige Folgen des angeblich geheilten Trippers (Some of the Consequences of Presumably Cured Gonorrhoea), von Th. M. Dorsey-Louisville, Ky. S. 656—659. Folgen nicht genügend geheilten Trippers; Maßnahmen, um dies zu verhüten.

Unterstützende Behandlung des Trippers mit nicht spezifischen Proteineinspritzungen (Adjuvant Treatment of Gonorrhoea with Non-Specific Protein Injections), von H. E. Ahlswede-Buffalo, N. Y. und Werner Busch-Hamburg. S. 659—660. Zur Anwendung kam eine von Toxinen und Bakterien freie Milchproteinlösung und die gleiche mit Zusatz von Kasein in verschiedenem Verhältnisse. Man spritzt 2—5 ccm ein, über 8 ccm konnte nicht hinausgegangen werden. Im allgemeinen sind bei akuten Fällen stärkere, bei chronischen schwächere, über einen längeren Zeitraum ausgedehnte Dosen angebracht. Sehr gute Erfolge bei allen Komplikationen. Ferner auch bei Ulcus molle.

Dermatologie an der Hand von Fällen (Case Histories in Dermatology), von J. Harper Blaisell-Boston, Mass. (Fortsetzung). S. 660—668. Dermatitis venenata. Beschäftigungsdermatosen. Örtliche Reizungen durch verschiedene Heilmittel. Hauterscheinungen infolge innerer Medikationen. E. Levin-Berlin.

Russki Westnik Dermatologii.

1924, Bd. 2, Nr. 11.

Zur Frage der blastomykotischen Erkrankungen, von J. Perkel-Odessa. Beschreibung eines Falles von Hautblastomykose vom Typus Gilchrist. Es handelte sich um einen 55jähr., kräftigen Arbeiter, welcher das Auftreten der Hautaffektion vor 3 Jahren zuerst auf dem linken Unterschenkel, dann auf den Wangen, der Nase, der Oberlippe und dem Kinn bemerkt hat. Im Eiter wurden Hefepilze vom Typus Saccha-

Digitized by Google

romyces gefunden und von denselben Kulturen auf Glukoseagar, Bouillon und Gelatine erhalten. Intraperitoneale Verimpfung des Pilzes auf Kaninchen und Meerschweinchen mißlang. Die Blutserumagglutinationsprobe fiel positiv aus, ebenso die Reaktion der Komplementablenkung mit dem Blut des Kranken, wie einer Emulsion des Pilzes. WR —; Pirquet +. Die histologische Untersuchung eines Hautstückchens ergab atypische Epithelproliferation, starke Infiltration der Epidermis und Kutis, geringe Anzahl von Riesenzellen; epithelioide und Plasmazellen; miliare Abszesse; Blastomyzeten in allen Gewebsschichten und in den Abszessen. Jod rief Jodismus hervor und konnte daher nicht angewandt werden; Salvarsan erfolglos. Röntgentherapie war erfolgreich.

Die primäre Syphilis nach den Erfahrungen der Saratower Hautklinik in den Jahren 1921—1924, von Kaschinski. Im Laufe der genannten Zeit wurde die unter der Leitung von Grigorieff stehende Hautklinik von 4056 Syphilitikern besucht, von denen 14,1% dem primären, 51,5% dem sekundären und 34,4% dem tertiären Stadium angehörten. Von den genitalen Primäraffekten saßen bei den Männern: 96,7% auf dem Penis, der Rest in der Umgebung; bei den Frauen: 93% auf den äußeren Genitalien, der Rest auf dem Perineum und am After. Extragenitale Schanker wurden nur in 59 Fällen beobachtet; am häufigsten auf den Lippen, nächstdem auf den Mandeln, endlich auf der Zunge. Als Besonderheit sind anzuführen: je ein Schanker auf der behaarten Kopfhaut und auf der Schleimhaut des oberen Lides.

Die Röntgentherapie einiger Hautkrankheiten, von M. Karlin-Moskau. Erfolgreiche Behandlung einer ganzen Reihe von Ekzemfällen mit Strahlungen von 10—12 We bei 0,5 Aluminiumfilter und 23 cm Entfernung zu 3—4 X auf jede kranke Partie. Wiederholung jeden 10. Tag, im ganzen zwei- bis viermal. Derselbe günstige Effekt kam auf dieselbe Art Bestrahlung zustande bei Hautjucken. Erfolglos erwies sich in 12 Fällen die Thymusbestrahlung bei Psoriasis vulgaris. Befriedigend war das Resultat in 10 unter 19 Fällen von ulzerös-hypertrophischem Lupus vulgaris bei durch 1—2 mm gefilterter Aluminiumbestrahlung 11—12 We, Dosis 4—6 X, Wiederholung nach 3 Wochen. Erfolge wurden erzielt bei Behandlung von Warzen, Sycosis parasitaria, Syocsis vulgaris, Hypertrichosis und Ulcus rodens.

Die Behandlung der Syphilis nach der Linserschen Methode, von Golschmied-Perm. Diese Art Behandlung erwies sich nach Verf. nur wertvoll in Fällen von primärer Sklerose.

Kollargol bei venerischen Krankheiten, von M. Jakowlew-Achtyrsk. Befriedigende Resultate von 2—3 subkutanen Injektionen von 1 ccm einer 1%igen Kollargollösung bei Epididymitis und Arthritis gon. Bei Ulcus molle wirkten gut 1—3 intravenöse Injektionen von je 10 ccm einer 10%igen Kollargollösung und bei Bubonen 3—5 Injektionen in die entzündete Lymphdrüse. Um Anaphylaxieerscheinungen zu vermeiden, wurde zur intravenösen Injektion die Kollargollösung in 5%igem Calc. chlorat., zur subkutanen Injektion in Aq. dest. hergestellt.

Ein durch Röntgenstrahlen günstig beeinflußter Fall von Mycosis fungoides, von Mentschikow-Moskau. Der ausgebreitete Fall von Mycosis fungoides bei einem 47jähr. Mann hatte sich im Laufe von 25 Jahren, zuerst langsam, dann in den letzten 3 Jahren rapid schnell ausgebreitet. In der Zeit vom 20. XII. 1922 bis 4. IV. 1923 wurden 46 Stellen je dreimal bestrahlt, so daß Pat. 138 Bestrahlungen erhielt. Dank dieser Behandlung wurde der Kranke wieder arbeitsfähig.

Übertragung der Syphilis durch Biß eines Syphilitikers, von Guilmann-Kursk. Sitz des Primäraffektes am kleinen Finger der linken Hand.

Ikterus in den ersten Jahren der Syphilis, von A. Jordan. Das Auftreten von Ikterus wurde unter 1008 Syphilisfällen der Privatpraxis bloß 11 mal in der Sekundärperiode beobachtet, und zwar, entgegen den Angaben anderer, öfter bei Männern als bei Frauen. Der syphilitische Ikterus kommt nicht nur mit dem ersten Ausschlag, sondern auch im Verein mit Rezidiverscheinungen und auch im Stadium der Latenz vor. Als wichtigstes diagnostisches Unterscheidungsmoment gegenüber dem katarrhalischen Ikterus ist der günstige Einfluß der spezifischen Behandlung anzusehen. Der sogenannte Salvarsanikterus, oder besser zu nennen Ikterus infolge spezifischer Behandlung, da er nicht nur durch S, sondern auch durch Hg und Bi bedingt sein kann, ist gleichfalls selten, wenn die Dosis der spezifischen Mittel nicht übermittelgroß und der Organismus nicht durch Unterernährung geschwächt worden ist. Derselbe kann als frühzeitiger, schon während der Kur oder in den ersten Wochen nach derselben, oder als Spätikterus erst $^1/_2$—6 Monate nach der Behandlung, jedoch nicht später auftreten. Die während der Hungerjahre in Moskau nicht beobachtete Zunahme der Ikterusfälle

Digitized by Google

läßt sich wohl erklären: 1. durch Anwendung von bloß mittleren NS-Dosen 0,3—0,6 und 2. durch den Mangel des NS während dieser Zeit in Moskau und dementsprechende geringe Anwendung. Unter den 11 beschriebenen Fällen verdient besonderes Interesse ein Fall von Salvarsanikterus mit tödlichem Ausgang 14 Tage nach einer intravenösen Injektion von 0,45 NS bei einer 25jähr. Frau im Stadium der Latenz.

A. Jordan-Moskau.

Venerologia und Dermatologia.

1924, Nr. 5.

Zur Behandlung der Syphilis nach der Linserschen Methode, von Brytscheff. Da diese Behandlungsmethode auf die Spirochäten wie auf die WR verhältnismäßig stärker wirkt als die Salvarsanpräparate allein, so kann sie empfohlen werden, besonders wo schwere Nebenwirkungen nicht zur Beobachtung kamen.

Ein Fall von Syphilis der Prostata, von A. Wassiljeff. In der Literatur gibt es so wenige Fälle von Syphilis der Vorsteherdrüse, weil infolge des Fehlens charakteristischer Merkmale für dieselbe, ihr zu wenig Beachtung geschenkt wird. Bei großen Geschwülsten der Prostata, welche in die Blase hineinwachsen, sollte man bei Nichtübereinstimmung der subjektiven Beschwerden mit dem objektiven Befunde an Lues denken und eine spezifische Probekur vornehmen.

Haarttrichophytie in Form von Parapsoriasis en plaques, von Schtammow. In der unter Bogolepoff stehenden Tomsker Hautklinik trat bei vier Kranken zu verschiedenen Zeiten, nach primärer Nagelerkrankung, auf der Haut ein generalisierter, chronischer und morphologisch einförmiger Ausschlag auf, welcher an Parapsoriasis erinnerte, bei Untersuchung der Hautschuppen aber sich als Trichophytie erwies.

Ein Fall von Ichthyosis hystrix nigricans, von Dussetzkaja. Abgesehen vom Gesicht, den Handflächen und Fußsohlen wie der Glutäalgegend war keine einzige Hautpartie bei dem 10jähr. Knaben frei von Erscheinungen von Ichthyosis hystrix. Eltern und Brüder zeigten keine derartigen Hautveränderungen.

Pathologische Anatomie und Histologie der akuten gonorrhoischen Nebenhodenentzündung, von Iljinski. Verf. nimmt den natürlichen Weg der Weiterverbreitung des blennorrhoischen Prozesses per continuitatem durch das Vas deferens an und gibt eine solche auf lymphatischem Wege nur in Fällen von bestehen gebliebenen Resten des embryonalen Zustandes der Lymphgefäße zu. Es ist denkbar, daß infolge von Nichtobliteration der Lymphgefäße, welche beim Embryo vom Geschlechtshöcker zum Hoden ziehen, eine Verbindung mit den Lymphgefäßen der Urethra zustande kommt, aber das muß experimentell bewiesen werden. Er verneint nicht die Möglichkeit der Infektion auf dem Blutwege bei einer allgemeinen Generalisierung des blennorrhoischen Prozesses.

Über die Behandlung der gonorrhoischen Epididymitis mit Gono-Yatren, von Tichomirow. Das Gono-Yatren übt eine günstige Wirkung auf blennorrhoische und nicht-blennorrhoische, akute, wie chronische Epididymitiden aus, hat aber keinen Einfluß auf die blennorrhoische Urethritis.

Zur Serodiagnostik der Syphilis mittels Flockenausfällung auf Eis, von Perkel und Israelson. Verff. modifizierten die Flockungsreaktion von Bruck und Hidaka insofern, als sie als Antigen das mikroskopisch gesunde Menschenherz nahmen, wobei sie sich überzeugten, daß die Reaktion in 91,8% mit der WR übereinstimmte.

Die Präzipitationsreaktionen bei Syphilis, von Aristow, W. Feldmann und Marjassin. Die Versuche ergaben, daß die Reaktionen von Sachs-Georgi und Meinicke (3. Modifikation) für Lues nicht weniger charakteristisch sind als die WR. Die SGR erweist sich sogar bei Primärsklerosen latenter Syphilis, tertiärer und Nervensyphilis ein wenig empfindlicher als die WR; dagegen beobachteten die Verff. keine größere Empfindlichkeit der MR. Die SGR bietet demnach nicht nur eine wertvolle Ergänzungsreaktion, sondern hat auch eine gewisse selbständige Bedeutung, wenn sie mit 3 Antigenen aufgestellt wird.

Die nächsten Aufgaben für die Bekämpfung der venerischen Krankheiten, von Bronner. In den Sowjetstaaten sind bisher 50 Dispensere eingerichtet worden, welche sich nicht nur die Behandlung der Kranken, sondern vor allem die Aufsuchung und Aufklärung der Kranken zur Aufgabe stellen.

Digitized by Google

Über Untersuchungen der Familien, von Porudominski. Von 434 verheirateten venerischen Kranken leben deren Familien nur in 232 Fällen in Moskau, von denen bisher 151 Familien untersucht worden sind.

Der Tripper in der belletristischen Literatur, von Grün.

Zusatzbemerkung zum Artikel: Die Syphilis in der belletristischen Literatur, von Grün.

Zur Frage des Geschlechtslebens der Frau, von Golossowker. Auf eine unter den Studentinnen Moskaus im Lehrjahre 1922/23 angestellte Enquete antworteten 550 Personen im Alter von 16—26 Jahren und darüber. In 55% begannen die 1. Menses vor dem 15. Lebensjahr. Mit Onanie beschäftigten sich verhältnismäßig wenige: 25%, davon 30,9% dem Kleinbürgerstande angehörige und 16,2% aus der Mitte der Arbeiter und Bauern. Geschlechtsverkehr hatten 36%, darunter 44% mit Wollust, 34% mit Gleichgültigkeit, 16,5% mit Widerwillen und 5,5% je nach der Stimmung. Von den nicht geschlechtlich Verkehrenden erklärten dieses: 35% infolge mangelnden Verlangens, 17,5% infolge moralischer Bedenken, 12% infolge fehlender Liebe, 3% mit Abscheu vor dem Geschlechtsleben, 2% mit Abscheu und Mangel an Bedürfnis, 6,4% mit Furcht vor venerischen Krankheiten, 4% mit Furcht vor dem Geschlechtsakt, 3,2% mit mangelnder Gelegenheit und fehlender Liebe, 3,6% mit mangelnder Liebe und moralischen Bedenken. Es erwünschten sich: 55% eine Ehe, 42% einen dauernden freien Geschlechtsverkehr, 3% kurzdauernde und zufällige Vereinigungen. Von den Verheirateten waren mit ihrer Ehe zufrieden nur 40%. A. Jordan-Moskau.

Bücherbesprechungen.

Diathermie, von J. Kowarschik-Wien. (4. Aufl., 231 S., 108 Abb. Julius Springer, Wien und Berlin 1924.) Gegenüber der 3. Aufl. hat dieses weitverbreitete Buch eine ausführliche Besprechung der speziellen Indikationen der Diathermie erfahren. In kurzer, präziser Form bringt der Verf. die wichtigsten Grundlagen zum Verständnis der Physik der Hochfrequenzströme, die Arten ihrer Erzeugung und ihre Umwandlung in Wärme. Ein zweiter Teil ist der Schilderung der gebräuchlichsten in- und ausländischen Apparaturen gewidmet. Die Technik der Behandlung ist zum großen Teil von K. selbst in 15jähr. Tätigkeit ausgearbeitet. Sie wird der Wichtigkeit entsprechend bis ins einzelne abgehandelt. Auf ein kurzes Kapitel über die physiologische Wirkung folgt die Besprechung der speziellen Diathermieindikationen bei den einzelnen Organsystemen. Den Dermatologen interessieren die Kapitel über: Angioneurosen, Frost, männliche und weibliche Urethritis, Prostatitis, die Kombination von Diathermie und Röntgenbehandlung bei Karzinom, sowie die chirurgische Diathermie in der Kosmetik. Ein ausführliches, nach Spezialgebieten geordnetes Literaturverzeichnis ist am Schlusse beigefügt. Das Buch ist für jeden empfehlenswert, der sich mit Diathermie beschäftigt oder sich über die Behandlungsbreite orientieren will. G. W. Unna-Hamburg.

Preußische Gebührenordnung für Ärzte und Zahnärzte vom 1. September 1924. Nachtrag zur 8. Auflage, von J. Borntträger. (Verlag Curt Kabitzsch, Leipzig 1924, 84 S., Preis geb. 1 RM.) Der wirre Gang der ministeriellen Verfügungen der letzten Zeit hat es erforderlich gemacht, zu der kürzlich hier besprochenen Borntträgerschen Zusammenstellung der preußischen ärztlichen Gebühren einen Nachtrag und Berichtigung erscheinen zu lassen, auf welchen hiermit die Aufmerksamkeit aller Interessenten hingelenkt sei. A. Philippi-Bad Salzschlirf.

Die nichtvenerischen Genitalerkrankungen. Ein Lehrbuch für Ärzte, von F. Callomon-Dessau. (Verlag Georg Thieme, Leipzig 1924.) Einer ungeteilten guten und warmen Aufnahme ist dieses Lehrbuch sicher. Es war schon ein glücklicher Gedanke, in zusammenfassender Form, großgedruckt, was in den Lehrbüchern der Geschlechtskrankheiten kleingedruckt ist, d. h. die Krankheiten der Geschlechtsteile zu erörtern, die keine Geschlechtskrankheiten sind, aber solche vortäuschen können, oder im Zusammenhange mit diesen abgehandelt zu werden pflegen. Für das Gros der praktischen Ärzte vielfach und aus sehr begreiflichen Gründen eine Terra incognita, trotz der großen praktischen Bedeutung dieser Krankheiten bzw. Veränderungen. Das Buch ist eingestellt auf das Bedürfnis des allgemeinen Arztes, der so vieles beherrschen soll, und der es so viel schwerer hat als der nur Praxis treibende Spezialist. Gewiß: Ein Lehrbuch für Ärzte. Der Facharzt findet zumeist Bekanntes. Aber in einer sti-

Digitized by Google

listisch so vorzüglichen und anspruchslosen Form, wie sie zu dem wirklichen Könner gehört. In die Abbildungen hat der Verlag sein Bestes hineingegeben. Die Literatur konnte gar nicht erschöpfend behandelt werden. Ein viel zu beschränkter Umfang des Buches war befohlen. Aus den Reihen seiner Freunde und Kollegen werden und sollen dem Autor noch vielfache Ergänzungen nahegelegt werden. Aus wie vielen Sondergebieten der Medizin mußte gerade dieses Lehrbuch schöpfen. Urologie, Gynäkologie, Chirurgie und andere Fächer sind an diesem Buche ebenso stark beteiligt wie unsere Spezialwissenschaft. Wie dankbar wird gerade der jüngere Arzt sein für die klare Zusammenstellung der seltneren Erkrankungen des Präputiums und des Penis, der Vulva, des Skrotums. Man denke an das nichtvenerische Genitalgeschwür, den nichtvenerischen Bubo, die nichtblennorrhoische Urethritis und Epididymitis, an den gegenwärtigen Stand der Herpesfrage, mit ihrer ungemein schwierigen ätiologischen Forschung, an Klinik und Ätiologie der spitzen Kondylome, des Molluskum, an seltene Dermatosen, die gerade an den Genitalien ihr Aussehen stark verändern können usw. Ein Buch wie das vorliegende, den Forscher anregend und den Praktiker stützend, entstanden außerhalb der Zentren der Wissenschaft, der Universitäten und der großen Städte mit stark pulsierendem wissenschaftlichem Austausch, stellt schon einen Gradmesser dar für die Höhe der spezialistischen Ausbildung der Ärzte. Warum sollte es an kleinen Ausstellungen nicht fehlen. Wir unterdrücken sie hier, um den großen Eindruck nicht abzuschwächen, welchen wir von dem Buch empfangen haben, und welchen wir ungeschwächt dem Leser dieser Zeitschrift übermitteln möchten. E. Delbanco-Hamburg.

Über medizinische Systematik, von G. Honigmann. (Repertorienverlag, Leipzig 1924.) Kurze historische Betrachtung über die Entstehung und Entwicklung der verschiedenen medizinischen Lehrsysteme, von Hippokrates bis zu Galen, dann zu den Entdeckungen von Vesal und Harvey. Die letzteren werden zusammen mit Boerhave, Haller und van Swieten als die „großen Systematiker" bezeichnet. Es waren dann Hoffmann und besonders Stahl, die Hallenser Kliniker, die besondere Systeme, letzterer ein sog. dynamisches, mit großer Geistesschärfe aufstellten. Bekannt ist, daß auch Bichat, der große wirkliche Begründer der wissenschaftlich forschenden Medizin, vom Vitalismus herkam und in seinen physiologischen Anschauungen von ihm geleitet wurde. Die eigentliche Geburtsstunde der modernen Medizin wird vielfach vom ersten Auftreten Virchows abgeleitet, aber die neue genaue Arbeitsmethodik war bereits durch Zellenstudien von Schleiden und Schwann, die Stoffwechseluntersuchungen von Liebig, die Arbeiten der Wiener (Rokitansky, Skoda) und Tübinger (Wunderlich, Roser, Griesinger) Schule vorbereitet worden. Und wenn dann lange die Zellularpathologie Virchows die beherrschende geblieben ist, so sehen wir mit der bakteriologischen Ära diese Vorherrschaft wieder schwinden und manche Anklänge an die frühere „Säftelehre" (Humoralpathologie) damit in Verbindung stehend. Schließlich streift Verf. als modernste Bereicherung der medizinischen Systematik noch die soziologische Bedeutung der Medizin. M. Stern-München.

Mitteilungen aus der Literatur.

Strahlentherapie und Strahlenschädigung.

Die Lichtdurchlässigkeit der menschlichen Haut und ihre Beziehung zur Absorption des Lichtes, von F. Bernhard, Path. Inst. Städt. Krkanst. Mannheim. (M. m. W., 1924, Nr. 14, S. 427.) Für eine Änderung der Lichtdurchlässigkeit der Haut bei den verschiedensten Krankheiten konnte weder ein Beweis noch eine Widerlegung gebracht werden. Bei diesen Untersuchungen ergaben sich aber in anderer Hinsicht neue Tatsachen. Die Lichtdurchlässigkeit der Haut erreicht bei 600 μμ ihr Maximum. Die Retina ist auch für diesen Spektralbereich am empfindlichsten. Für Lichtstrahlen, Röntgenstrahlen und elektrische Wellen gilt das Gesetz, daß ihre Durchlässigkeit durch ein Medium ihrer Absorption umgekehrt proportional ist. Die Absorption des Lichts ist also von seiner Wellenlänge abhängig. Die Strahlen werden bei 300 μμ von der Haut am stärksten absorbiert. Das Verhalten der Lichtdurchlässigkeitskurve pigmentierter und depigmentierter Haut konnte ungünstiger Umstände halber nicht untersucht werden. Die vom Verf. benutzte Versuchsanordnung muß im Original näher nachgelesen werden. A. Holländer-Hamburg.

Digitized by Google

Über die Analyse und therapeutische Bedeutung des tropischen Lichtklimas, von H. W. Knipping, Med. Univ.-Kl. Krkhs. Eppendorf-Hamburg. (Arch. f. Schiffs- u. Tropenhyg., 1924, Bd. 28, H. 7, S. 269.) Die bisherigen photochemischen und photoelektrischen Methoden der Lichtmessung werden zum Teil wegen ihrer Ungenauigkeit, zum Teil aus praktischen Gründen abgelehnt. Es wird ein neues Verfahren empfohlen, welches auf Grund eines Zeissschen Spektrographen die kürzeste Wellenlänge bestimmt. Da die Intensität der verschiedenen kurzwelligen Fraktionen in einem empirisch festlegbaren Verhältnis zu der kürzesten Wellenlänge stehen, läßt sich praktisch, bei Mitbestimmung der Zeit, dieses Verfahren gut verwerten. Um die natürliche Sonne zu therapeutischen Zwecken in den Tropen anzuwenden, ist es erforderlich, solche Vorrichtungen anzulegen, die die übermäßige Wärme der Luft beseitigen. Da zwischen der Temperatur der Tropenluft und der Temperatur des Organismus nur eine kleine Differenz vorhanden ist, besteht die Gefahr, daß der menschliche Körper durch Überbelastung seines Vasomotorenapparates erheblichen Schaden nehmen kann. Als eine gute Methode der Luftkühlung muß angesehen werden eine Kühlmaschine, wie sie von Brauer und Kestner vorgeschlagen wird.

E. Hornemann-Lüneburg.

Erhöhung der Zuckertoleranz durch Lichtbäder, von St. Rothmann. (Kl. W., 1924, Nr. 43, S. 1959.) Verf. ist es gelungen durch Versuche zu erweisen, daß der Blutzuckerspiegel durch Bestrahlungen mittels der Höhensonne beeinflußbar ist. Die Versuche wurden durch die Beobachtung angeregt, daß bei Diabetikern die Zuckertoleranz durch Lichtbäder erhöht werden konnte. Dementsprechende Versuche an Gesunden zeigten, daß bei alimentärer Hyperglykämie infolge Verabreichung von 20 g Traubenzucker durch eine kurze Belichtung die maximalen Blutzuckerwerte wesentlich erniedrigt werden konnten, und die Rückkehr zu den Ausgangswerten rascher erfolgte. Verf. sieht in diesen Versuchsergebnissen einen weiteren Beweis seiner Annahme, daß durch die Belichtung eine Sympathikushypotonie hervorgerufen wird. Außerdem ersieht man aus diesen Ergebnissen, daß, auch ohne stärkere äußere Lichtreaktionen zu machen, im Körperinnern Veränderungen hervorgerufen werden.

E. Langer-Berlin.

Experimentelle Beiträge zur biologischen Wirkung der ultravioletten Strahlen, von H. Martenstein, Derm. Univ.-Kl. Breslau. (Strahlenther., 1924, Bd. 18, H. 2, S. 283.) Die Versuche wurden angestellt mit der künstlichen Höhensonne Bach und der Kromayer-Quarzlampe. Als Maßstab der biologischen Wirkung wurde die von Werner Jadassohn und Biberstein erpropte intrakutane Sofortreaktion (S.-R.) benutzt. Dieselbe war in all den Versuchen verstärkt, wo bestrahltes Zitratblut oder Zitratplasma als Injektionsflüssigkeit benutzt wurde. Dagegen zeigte bestrahltes Serum oder bestrahlte Formelemente des Blutes eine Abschwächung. Diese Verschiedenheit wurde bedingt durch die Anwesenheit von Fibrin. Wurde letzteres dem Serum oder den Formelementen hinzugefügt, so änderte sich die schwache S.-R. in eine verstärkte. Bestrahltes Blut in der gestauten Ellenbeuge — also in vivo — ergab dieselben Resultate bei der S.-R. Erfolgte die Bestrahlung auf lichtpigmentierter Haut in der Ellenbeuge, so ergab sich derselbe Befund wie bei unpigmentierter Haut. Nur bei Bestrahlungen mit geringer Strahlungsintensität erwiesen sich die Blutveränderungen unter pigmentierter Haut stärker als unter nicht pigmentierter.

E. Hornemann-Lüneburg.

Die therapeutischen Erfolge mit ultra-violetten Bestrahlungen (The Therapeutic Effects of Ultra-Violet Radiations), von C. L. Pattison-Sheffield. (Lancet, 1924, Bd. 207, Nr. 5277, S. 798.) Die durch Quarzlicht bei Knochentuberkulose nicht selten erzeugte Verschlimmerung des Allgemeinbefindens und des Lokalherdes kann mit der von anderen Autoren erwähnten Bakteriziditätsabnahme des Blutes durch Quarzlicht in Verbindung gebracht werden. Der Verf. unterscheidet verschiedene Typen von Pigmentation nach Belichtungen: 1. die rötlichbraune bis schokoladenfarbige Pigmentation, welche auftritt nach Sonnenlicht und Kohlenbogenlampenbelichtung, 2. die mattgraue Farbe nach längeren Bestrahlungen mit Quarzlicht und 3. die verschiedenen Schattierungen von gelb, ähnlich der Farbe der Kachektischen; sie ist zu finden bei solchen Patienten, die, unabhängig davon mit welcher ultravioletten Lampe sie bestrahlt wurden, keinen genügenden Fortschritt in ihrem Befinden zeigten. Im allgemeinen hat der Verf. die Beobachtung gemacht, daß aus den Farbverschiedenheiten keine Rückschlüsse auf den Grad der Beeinflussung des Krankheitsprozesses zu machen sind.

E. Hornemann-Lüneburg.

Digitized by Google

Klinische Beweise für die Allgemeinwirkung der Röntgenstrahlen, von E. Vogt, Univ.-Frauenkl. Tübingen. (Strahlenther., 1924, Bd. 18, H. 1, S. 64.) Das Wachstum von Myomen nach Röntgenkastration läßt sich durch eine Allgemeinwirkung der Röntgenstrahlen erklären. Durch die Bestrahlung findet eine Umstimmung der Zellen im Organismus statt, die so weit an Widerstandsfähigkeit zunehmen können, daß sie ein weiteres Wachstum von Myomzellen verhindern; hört aber diese Röntgenwirkung auf den Organismus mit der Zeit auf, kommt der Körper aus der biopositiven Phase wieder in die bionegative Phase, so kann das latente Wachstum des Myoms wieder aufflackern, und es kann zum Myomwachstum kommen. Die Beobachtungen, daß es nach Bestrahlungen von gutartigen Ovarialtumoren nach anfänglicher Verkleinerung später zu einer Wachstumsvergrößerung kommen kann, lassen sich am zwanglosesten auch durch eine Allgemeinwirkung der Röntgenstrahlen erklären. Die von vielen Forschern anerkannte sogenannte Fernwirkung der Röntgenstrahlen, die sich z. B. zeigt in einer Amenorrhoe oder Hypomenorrhoe nach Bestrahlungen von Körperteilen nach Abdeckung des Abdomens, läßt sich durch eine Allgemeinwirkung der Röntgenstrahlen erklären. Multiples Auftreten von Röntgenkarzinomen läßt sich nur durch endogene Ursachen erklären und wird verständlich, wenn man eine Allgemeinwirkung annimmt. Das gleichzeitige Auftreten von Karzinomen und Sarkomen, es sind 3 Fälle in der Literatur bekannt, läßt sich durch Theorien, die nur den lokalen Reiz der Röntgenstrahlen berücksichtigen, nicht erklären; denn es bleibt unklar, warum derselbe Reiz äußerlich angewandt gleichzeitig das Bindegewebe und das Epithel zur Tumorbildung anregt, es sei denn, daß man eine Verschiedenheit in den Bindegewebszellen und den Epithelzellen annimmt — wozu kein Grund vorliegt. Nimmt man aber eine endogene Schädigung dieser Zellen über das Blut durch die Bestrahlung an, so hat man eine plausiblere Theorie. Die Beobachtung, daß Röntgentumoren noch nach 18 Jahren entstehen können, läßt sich durch eine so lange Latenz einer lokalen Strahlenwirkung schwer erklären. Nimmt man aber eine durch die Bestrahlung erzeugte allgemeine Röntgenkrankheit an, so wird die Latenz begreiflicher. Ein anschauliches Bild der Allgemeinwirkung von Röntgenstrahlen stellt der Fall von Depenthal und Frangenheim dar. Bei einer Röntgenschwester, die 18 Jahre in einem Röntgenzimmer gearbeitet hatte, stellten sich 4 Hautkarzinome an der Hand ein. Nach mehrfachen Amputationen, zuletzt im oberen Drittel des linken Oberarmes, blieb die Kranke 6 Jahr ohne Erscheinungen. Dann traten beiderseitige Mammakarzinome, jedes von verschiedener Struktur, auf mit Achseldrüsenerkrankungen. Auch nach energischem chirurgischem Vorgehen mit Röntgennachbestrahlungen stellten sich nach einem Jahr Halsmetastasen ein, an denen die Kranke zugrunde ging. Dieses mehrfache, primär multiple Auftreten von Tumoren bildet ein „anschauliches und schönes Beispiel für die Allgemeinwirkung der Röntgenstrahlen". Die ungünstige Prognose von Tumoren, bei denen eine Probeexzision vorgenommen ist, kann eine Erklärung darin finden, daß der Gesamtorganismus durch die Exzision eine Schädigung erhalten hat, und daß daher bei Annahme einer Röntgenallgemeinwirkung eine Röntgenbestrahlung nicht eine günstige Allgemeineinstellung des Organismus gegenüber bösartigen Tumoren bewirken kann.

E. Hornemann-Lüneburg.

Weiteres zur biologischen Grundlage der Strahlenwirkung, von W. Caspari, Frankfurt a. M. (Strahlenther., 1924, Bd. 18, H. 1, S. 17.) Der Verf. wendet sich gegen die von Pordes (Fortschr. d. Röntgenstr., 1923, 36, 287) vertretene Auffassung über den biologischen Mechanismus der Strahlenwirkung. Wenn Pordes die Wirkung der Röntgenenergie als „ultramikro-mechanischen Insult" bezeichnet, so ist die Bezeichnung „mechanisch" nicht exakt, da es sich bei der Röntgenwirkung nicht um mechanische Insulte handelt, sondern um einen Zusammenstoß von elektrischen Ladungen. Die „Punktwärmetheorie" Dessauers bezeichnet besser den Endeffekt des biologischen Vorganges. Auf Grund von Versuchen Dessauers und seiner Schule sowie solcher von Franck, braucht man nicht die Auffassung von Dessauer über die Punktwärme als ganz hypothetisch, wie es Pordes tut, hinzustellen. Die Versuche von Margarete Zuelzer, der Familie Hertwig und anderer weisen im Gegensatz zu Pordes darauf hin, daß der Kern der Zelle und nicht das Protoplasma der radiosensible Teil der Zelle ist. Caspari hat auf dem Prager Röntgenkongreß die Meinung vertreten, daß die Wasserstoffionenkonzentration im Kern eine höhere ist als im Protoplasma und daß daher durch die Bestrahlung entstehende Eiweißgerinnung stärker im Kerne zum Ausdruck kommt. Die Allgemeinwirkung der Strahlen stellt sich

Digitized by Google

Caspari so vor, daß bei der Bestrahlung in den Zellen sich Zellzerfallshormone bilden, die in das Blut diffundieren. Diese „Nekrohormone" können auch endozellulär in der Zelle ohne ihr Absterben entstehen und diffundiert werden. Als Beweis derselben führt der Verf. die von Bohn nach Radiumstrahlen nachgewiesene parthenogenetische Zellteilung an. Die Nekrohormone scheinen am ehesten Produkten zu ähneln, wie sie bei Auslösung von autolytischen Vorgängen entstehen. Auf Grund seiner eigenen Versuche und derer an der Opitzschen Klinik bei Allgemeinbestrahlungen von Mäusen, glaubt der Verf. an die Wichtigkeit der Allgemeinwirkung der Strahlen, ohne welche eine Heilung nicht wohl zu erzielen ist. Die wenige Radiosensibilität bei Allgemeinbestrahlungen erklärt sich dadurch, daß bei den Mäusetumoren es sich um Impftumoren handelt bei nicht vorhandener Ca-Disposition, daß der Zellzerfall bei lokaler Bestrahlung nur ein geringer ist und daß durch die mangelhafte Blutversorgung der Tumoren nur wenig Hormone ins Blut eintreten können. Bei Bestrahlung von Impftumoren mit ganz hohen Dosen hat der Verf. mehrfach starken Wachstumsreiz eines Teils des Tumors gesehen, während ein anderer Teil vernichtet wurde; wahrscheinlich haben die in einem Teile entstandenen Nekrohormone reizend auf die übrigen Tumorzellen eingewirkt, was durch die schlechte Blutzirkulation mit zu erklären wäre. Es ist anzunehmen, und die Versuche von Halberstädter, Wolfsberg, Piccaluga bestätigen es, daß nach jeder Bestrahlung eine gewisse Reizung eintritt, die späterhin von einer Phase des Rückgangs eines Tumors abgelöst werden kann. Im Gegensatz zu Holzknecht und Pordes erkennt Verf. eine Reizwirkung an. Seiner Meinung nach sind die Versuche von G. Schwarz, Czepa und Schindler an Keimlingen, die die Anschauungen Holzknechts unterstützen sollen, nicht ohne Widerspruch hinzunehmen. Bei diesen Versuchen ist eventuell mit zu hohen Strahlendosen gearbeitet worden, auch die Vergleiche am Längenwachstum wären zu beanstanden, es wäre eventuell eine Trockensubstanzbestimmung vorzuziehen gewesen. Die Erklärung Holzknechts, daß durch Bestrahlungen Hemmungen fortfallen können und es dadurch zu scheinbaren Reizwirkungen kommen kann, befriedigt den Verf. nicht; denn seiner Meinung nach kommt es letzten Endes doch dabei zu einer Reizwirkung, z. B. einer Geschwulst. E. Hornemann-Lüneburg.

Strahlenwirkung auf das vegetative System, von O. Strauss und J. Rother, II. Med. Kl. Charité, Berlin. (Strahlentherapie, 1924, Bd. 18, H. 1, S. 37.) Verff. fanden bei Bestrahlungsversuchen an lebenden Tieren, daß eine Blutdrucksenkung konstant eintrat; atropinisierten sie die Tiere, um dadurch den Parasympathikus zu lähmen, so trat keine Blutdrucksenkung ein — daraus läßt sich schließen, daß Röntgenbestrahlungen eine Parasympathikuswirkung ausüben. Um festzustellen, ob innere Organe oder die Nervenendigungen in der Haut der Angriffspunkt der Strahlen sind, wurden den Versuchstieren größere Hautpartien abpräpariert und die Tiere ohne dieselben bestrahlt. Es erwies sich nun, daß keine Blutdrucksenkung eintrat. Um die Wirkung auf die Haut allein zu studieren, wurde die Bauchhaut von Kaninchen durch seitliche Hautschnitte unterminiert und durch Lagern von Platten aus Blei zwischen Haut und Abdomen in der Weise getrennt, daß nur eine obere und eine untere ernährende Hautbrücke nachblieb. Wurde nun nur die unterminierte Haut bestrahlt, so entstand wieder Blutdrucksenkung. Aus den Versuchen ist zu folgern, daß Bestrahlungen durch Einwirkung der Haut den Parasympathikus anregen. Die Frage, ob direkte oder indirekte Beeinflussung des Parasympathikus vorliegt, bleibt offen; nimmt man eine direkte Wirkung an, so kann es sich nur um eine Reizung handeln. Die Abhängigkeit des Blutzuckergehaltes von den Bestrahlungen ist nicht eindeutig. Eine Änderung des Blutzuckerspiegels tritt nur ein bei Bestrahlungen von Körperteilen, wenn sie mit inneren Organen im Zusammenhang stehen. Bestrahlt man zum Beispiel das Abdomen beim Menschen, so tritt eine Senkung ein, die aber ausbleibt, wenn die Glutäen bestrahlt werden. Bestrahlt man und injiziert danach Adrenalin, welches im allgemeinen den Zuckerspiegel steigert, so erreicht die Steigerung eine kleinere Höhe. Bei Insulin, welches eine entgegengesetzte Wirkung ausübt, ist der Effekt nach der Bestrahlung noch eine größere Senkung des Blutzuckerspiegels. Um der Frage näherzutreten, wie man sich die Bestrahlungswirkung vorzustellen hat, wurden die isolierten Organe der Oberbauchgegend bei lebenden Kaninchen und Hunden bestrahlt. Bestrahlung des Pankreas beim Hunde ergab Blutzuckergehaltserhöhung. Wurde aber das Pankreas entfernt und dann das Abdomen bestrahlt, so erhöhte sich wieder sehr der Blutzuckergehalt. Es ist daher anzunehmen, daß nicht eine Pankreas-

Digitized by Google

schädigung als Ursache der Erhöhung anzusehen ist. sondern daß andere Organe daran beteiligt sind. Bestrahlungen von Kaninchen ergaben einen erhöhten Blutzuckergehalt, der gleichfalls eintrat, wenn schon durch Adrenalin derselbe gesteigert wurde. Diese experimentellen Ergebnisse stehen im Gegensatz zu den Beobachtungen am Menschen und sind, da man ein umgekehrtes Verhältnis zu erwarten hätte, nicht verständlich. Bestrahlungen an der isolierten Leber bei Kaninchen ergaben auch Blutzuckersteigerung. Diese Versuche, die nicht genügend nachkontrolliert werden konnten, sind mit Vorsicht zu verwerten. Wurden Kaninchen nach Nebennierenexstirpation bestrahlt, so trat im Blutzuckergehalt keine Änderung ein. Bei isolierter Bestrahlung einer Nebenniere beim Hunde nach Entfernung der anderen Nebenniere tritt eine deutliche Verminderung des Blutzuckergehaltes ein. Es beweist dieses Experiment, daß die Nebenniere bei Bestrahlungen ein wichtiges Organ ist und zu dem Blutzuckerspiegel in ursächlicher Beziehung steht. Aus den insgesamt angestellten Versuchen kann man folgern, daß Bestrahlungen des Abdomens eine indirekte Wirkung auf das vegetative Nervensystem ausüben.

E. Hornemann-Lüneburg.

Ideenbewegung, Naturgesetze und Hypothesen. Erwiderung auf den gleichlautenden Aufsatz von Holzknecht und Pordes, von Fr. Thedering-Oldenburg. (Strahlenther., 1924, Bd. 18, H. 1, S. 234.) Unter einem Reiz versteht der Verf. eine solche Strahlenmenge, die die Leistung einer Zelle erhöht. Im Gegensatz zu Holzknecht und Pordes, die den Satz aufstellten: „Es gibt keine Förderung gesunder, also optimal funktionierender Zellen", glaubt der Verf., daß die Mittelleistung der gesunden Organe zu weiterer Höchstleistung angeregt werden kann, so kann durch kleine Röntgendosen der Pigmentgehalt der Haare vermehrt werden. Die Seborrhoe hält der Verf. für eine Krankheit, die durch mangelhafte Hauttätigkeit hervorgerufen ist. Sie stellt keine „Hyperbiose" dar, sondern kann durch Heilmittel, die den arteriellen Blutumlauf steigern, wie Quarzlicht und Röntgen, behandelt werden. Da eine einheitliche Auffassung darüber besteht, daß das Zellplasma strahlenempfindlich ist, sieht der Verf. nicht ein, warum man bei Steigerung des Zellebens durch Bestrahlung einen Fortfall hemmender Schranken annehmen muß. Seiner Meinung nach sind Zellähmung und Tod nur eine Übersteigerung des Zellreizes. Der Verf. hält an seiner Auffassung der Röntgenreizdosis fest und hält sie für die natürlichste und kann nicht glauben, daß die durch kleine „Reiz"dosen bewirkte Wachstumsförderung der Haare gegen allen Augenschein durch eine Lähmung hervorgerufen wird.

E. Hornemann-Lüneburg.

Experimentelle Studien über Röntgenwirkung (Experimental Studies in Roentgen-Ray Effects), von J. B. Murphy-New York. (Am. J. Roentgenol., 1924, Bd. 11, Nr. 6, S. 544.) Spontaner Mäusekrebs wird Mäusen, die vorher mit einer ED. an einer bestimmten Stelle bestrahlt worden sind, in diese Stelle implantiert und zur Kontrolle ein Stück auf die gegenüberliegende Seite. Auf der vorbehandelten Seite wächst der Tumor in 71% der Fälle nicht, während er auf der anderen Seite in 83% wächst. In situ mit I ED. bestrahlte Tumoren gingen in 76% der Fälle zurück, während ebensolche in vitro bestrahlte und dann implantierte Stücke in 96% weiterwuchsen, was jedoch nicht auf Überempfindlichkeit der Ca-Zellen in situ beruhen kann, da in situ bestrahlte und dann in unbestrahltes Gewebe desselben Tieres verpflanzte Tumoren weiterwuchsen (78%). Diese Versuche legen die Idee nahe, daß Röntgenstrahlen dadurch wirksam sind, daß eine für das Wachstum des Ca ungeeignete Umgebung geschaffen wird. Allerdings kann man nicht ohne weiteres die Schlüsse aus diesen Tierexperimenten auf Menschen übertragen.

L. Gumpert-Blaschko-Berlin.

Die Wirkung der Röntgenstrahlen in biologischer Hinsicht, von H. Holthusen, Allg. Krkhs. St. Georg Hamburg. (Strahlenther., 1924, Bd. 18, H. 2, S. 241.) Referat, gehalten in der Abt. 22 (Röntgenologie) der 88. Vers. der Ges. deutscher Naturforscher und Ärzte in Innsbruck am 24. IX. 24. Ablehnung der „Punktwärmehypothese" Dessauer (s. Übersichtsreferat). E. Hornemann-Lüneburg.

Die Abhängigkeit der Stärke der biologischen Wirkung von der Intensität der Röntgenstrahlen bei gleicher Dosis, von H. Matoni, Röntgenabt. Univ.-Frauenkl. Bonn. (Strahlenther., 1924, Bd. 18, H. 2, S. 375.) Bestrahlungsversuche an der Pferdebohne ergaben einwandfrei, daß bei Verringerung der angewandten Strahlenintensität, bei gleichzeitiger Verlängerung der Bestrahlungszeit, schwächere Schädigungen des Wurzelwachstums eintraten; daß also die Röntgendosis nicht allein maß-

Digitized by Google

gebend für eine biologische Wirkung ist, sondern abhängig ist von der Intensität der Strahlen. Schon bei einer vierfachen Intensitätserhöhung, bei entsprechender Verringerung der Zeitdauer der Bestrahlung, ergab sich eine wesentliche größere Schädigung der Bohnenwurzeln. Diese Ergebnisse stehen im Gegensatz zu den Untersuchungen von Glocker, Rothacker und Schönleber, bestätigen aber z. T. die von Krönig und Friedrich an der Haut beobachteten biologischen Wirkungen über Intensitätsunterschiede. Aus den Versuchen ist für die Praxis zu folgern, daß, um größere biologische Wirkungen zu erzielen, es vorteilhafter ist, größere Intensitäten bei kurzer Bestrahlungszeit anzuwenden. E. Hornemann-Lüneburg.

Zur Deutung der verschiedenen Strahlenempfindlichkeit bei den einzelnen Gewebsarten, von H. Chantraine-Köln. (Strahlenther., 1924, Bd. 18, H. 1, S. 85). Es ist bei jeder Zelle zu unterscheiden zwischen ihrer Höchstleistung und ihrer tagtäglichen Leistung. Ist die Spannweite groß, so ist der Unterschied zwischen der ersten schädigenden Strahlenmenge und der tödlichen Strahlenmenge groß — diese Zellen haben eine kleine Strahlenempfindlichkeit. Liegen aber Höchstleistung, die Belastungsgrenze und normale Leistung, die tägliche Belastung, wie bei den weißen Blutkörperchen und dem Samen und dem Ei nahe zusammen, so ergibt sich eine hohe Strahlenempfindlichkeit. E. Hornemann-Lüneburg.

Über die Wirkung der Röntgenstrahlen auf die Leukozyten in vitro, von A. Neumann, Röntgeninst. Kaiserin Elisabeth-Sp. Wien. (Strahlenther., 1924, Bd. 18, H. 1, S. 75.) In 13 von 15 Fällen ergaben sich keine Unterschiede. In einem Falle von Ca. faciei reagierten die Leukozyten mit beschleunigtem Zerfall, in einem zweiten Fall von Neurasthenie mit besonderer Zerreißlichkeit. Die Versuchsbedingungen müssen äußerst komplizierter Art sein; es konnten keine Rückschlüsse auf Vorgänge in vivo gezogen werden; es sind noch weitere Untersuchungen großen Stils erforderlich. E. Hornemann-Lüneburg.

Über die Einwirkung der Röntgenstrahlen auf den Organismus, besonders auf Karzinome, von D. Lieber, Zentral-Röntgeninst. Univ. Innsbruck. (Zschr. f. Krebsforschg., 1924, Bd. 21, H. 4, S. 325.) „Vorläufige Mitteilung". Übersichtsreferat über das „Verhalten des Kaliums und Kalziums; Tumor und Permeabilitätsproblem; Mikrochemische Untersuchungen". E. Hornemann-Lüneburg.

Biologische Versuche über die Wirkung der Bestrahlung auf das Karzinom, von Fr. Kok. Radiol. Inst. Freiburger Univ.-Frauenkl. (Strahlenther., 1924, Bd. 18, H. 1, S. 90.) In diesem IV. Teil seiner Veröffentlichung berichtet der Verf. über die Resultate der Röntgenbestrahlungen, die prophylaktisch an mit Karzinombrei geimpften Mäusen angewandt wurden. 1. Bestrahlungen (225 E.) eines Kleinfeldes der zukünftigen Impfstelle: die Tumoren gehen alle an, werden nicht zum Verschwinden gebracht, zeigen aber ein geringeres Wachstum und späteres Angehen. 2. Großfeldbestrahlungen der zukünftigen Impfstelle: kleine Dosen (80 E.) und große Dosen (315 E.) vermögen gewisse Einwirkungen auszulösen, das Maximum wird aber erreicht durch eine Dosis von 225—250 E., die einer Epilationsdosis entspricht, durch fast restlose Rückbildung der angeimpften Tumoren. 3. Allgemeinbestrahlungen: Die besten Resultate wurden erzielt mit einer Dosis von 10 E., welche einer 4%igen Epilationsdosis entspricht. Es gehen wohl alle Tumoren an, sie gehen aber zum größten Teil wieder ganz zurück: am vorteilhaftesten erwiesen sich die Bestrahlungen, die 2—5 Tage vor der Einimpfung vorgenommen wurden. 4. Allgemeinbestrahlungen mit Ausblendungen der Impfstelle: Die Bestrahlungen sind weniger wirksam als die ohne Ausblendungen. — Versuche mit Bestrahlungen an Karzinomzellen in vitro ergaben, daß auch ganz hohe, in der Praxis nicht anwendbare Dosen wie 1500 E. sie nicht abtöteten, so daß mit solchen vorbestrahlten Ca-Zellen Impfungen angingen. Auf Grund der beweiskräftigen mitgeteilten Versuche glaubt der Verf., daß es neben einer lokalen Karzinomwirkung eine allgemeine Wirkung durch den Organismus gibt und daß letztere von größerer Wichtigkeit ist.
E. Hornemann-Lüneburg.

Karzinom und Röntgentherapie, von M. Fraenkel Berlin. (M. Kl., 1924, Nr 47, S. 1653—1654.) Für die Karzinombehandlung ist eine Intensivbestrahlung durchaus nicht erforderlich, dagegen müssen die Bestrahlungen häufig wiederholt werden. Die Wirkung beruht auf Zerstörung der Karzinomzellen, nicht nur, wie jetzt vielfach behauptet, auf der lokalen Bindegewebsanregung. Es muß jedoch außerdem noch eine funktionssteigernde Bestrahlung der endokrinen Drüsen hinzukommen. Mit

Digitized by Google

diesen Bestrahlungen muß schon bei krebsverdächtigen Fällen begonnen werden, bei frühzeitigen Alterserscheinungen von Mitgliedern sogenannter Krebsfamilien.

E. Levin-Berlin.

Einige Behandlungsgrundsätze bei der Radiotherapie des Karzinoms (Some Principles of Treatment in the Radio-Therapeutics of Cancer), von F. Hernaman-Johnson-London. (Lancet, 1924, Bd. 207, Nr. 5274, S. 635.) Die für einen gegebenen Neubildungstypus geeignete Wellenlänge kann nur durch klinische Beobachtung gefunden werden. Wenn eine Schädigung durch Strahlen von gegebener Wellenlänge entstanden ist, so kann sie durch Strahlen von anderer Wellenlänge geheilt oder gemildert werden. Wir sollten bösartige Geschwülste von einem dynamischen und nicht von einem statischen Gesichtspunkt aus ansehen; das Mikroskop setzt uns nicht in den Stand, zu sagen, daß zwei Tumoren wirklich ähnlich sind. Die noch gesunden Partien in der Umgebung eines Tumors haben einen lebenswichtigen Anteil an dem Erfolg jeder therapeutischen Maßnahme. Wenn eine „intensive Dosis" zur Anwendung kommt, sollte die Strahlenmenge nicht das Höchstmaß übersteigen, welches mit der Erzeugung einer Reaktion im umgebenden gesunden Gewebe zusammenhängt. Die sogenannte Gefahr einer „Reizdosis" ist in Wirklichkeit nicht vorhanden. Die „intensive" Bestrahlung sollte selten angewandt werden, um einen Fall operabel zu machen, und niemals als prophylaktisches Mittel nach einer Operation; zu diesem Zwecke und als Palliativum in hoffnungslosen Fällen ist allein die kleine Teildosis zweckmäßig. Überhaupt kann die Radiotherapie des Karzinoms nicht für sich allein besprochen werden, sondern es kommen bei dessen Behandlung noch andere Methoden, sowohl lokaler wie allgemeiner (konstitutioneller) Art in Betracht; wo ein Mittel allein versagt, kann eine Kombination Erfolg haben.

M. Stern-München.

Röntgenstrahlen und Haut, von L. Duschnitz-Zürich. (Virch. Arch., 1924, Bd. 252, H. 2/3, S. 665.) Der Verf. hat die von Bierich gemachte Angabe, daß es durch eine 10 Minuten lange Bestrahlung der Haut bei Mäusen, die 10 Minuten danach getötet werden, gelingt, eine Neubildung elastischer Fasern nachzuweisen, einer Nachprüfung unterzogen. Seine Versuche haben aber ein durchaus negatives Ergebnis geliefert. Der Verf. erklärt, daß die Menge der elastischen Fasern, je nach dem Alter und der Hautgegend, bei normalen Mäusen eine wechselnde ist. Eine Vermehrung derselben nach der Bestrahlung ist nicht zu erkennen, auch nicht eine Vermehrung von Mastzellen nach der Bestrahlung. Bei Geschwülsten zeigt die Menge und Lage der elastischen Fasern ein so verschiedenes Verhalten, daß Gesetzmäßigkeiten hinsichtlich einer Vermehrung derselben nicht festzustellen sind.

Eugen Fraenkel-Hamburg.

Vergleichende Messungen über die Größe der zur Erreichung des Hauterythems gebräuchlichen Röntgenstrahlenmengen, von L. Grebe und H. Martius, Röntgen-Forschgs.- und Unterrichtsinst. Univ. Bonn. (Strahlenther., 1924, Bd. 18, H. 2, S. 395.) Mit Hilfe eines auf den Prinzipien des Wulfschen Zweifadenelektrometers und einer Ionisationskammer aufgebauten Apparates haben die Verff. an 14 Kliniken die an diesen Kliniken gebräuchlichen Hauterythemadosen nachkontrolliert. Gemessen mit der von der Deutschen Röntgengesellschaft angeführten absoluten Röntgenstrahleneinheit, der Einheitsdosis „Röntgen" („R"), variieren die gefundenen Resultate zwischen 1120 und 285 R. Es ergibt sich daraus, daß klinische Angaben über Röntgendosen, gemessen am Röntgenerythem, nicht vergleichbar sind, und daraus erklären sich auch die oft auseinandergehenden therapeutischen Erfolge, die durch die Behandlung mit angeblich gleichen Dosen erzielt wurden. Es wird aus praktischen Gründen vorgeschlagen, die Erythemdosis als solche beizubehalten; um sie aber von Schwankungen zu befreien eine „mittlere Gebrauchserythemdosis" zu bestimmen, welche 600 R-Einheiten entsprechen sollte; einer Zahl, die der Durchschnittszahl (580) der an den 14 Kliniken gefundenen R-Einheiten nahekommt.

E. Hornemann-Lüneburg.

Röntgenbehandlung mit kleinsten Dosen, von Fr. Thedering-Oldenburg. (Strahlenther., 1924, Bd. 18, H. 2, S. 444.) Der Verf. berichtet über 10jährige Erfahrung mit Bestrahlungen von kleinen Röntgendosen in der Hauttherapie. Alopecia areata, totalis, seborrhoischen Haarschwund, Haarausfall bei Blutarmut bestrahlt er jetzt etwa 2mal im Monat mit ½—1 X bei ½ mm Al.-Filter, gemessen an einer Epilationsdosis von 10 X bei mittelstarker ungefilterter Strahlungs-Teinte B der Sabouraud-Tablette, und erzielt damit Resultate, die zum mindesten dem Erfolg einer Quarz-

Digitized by Google

lichtbestrahlung entsprechen. Bei oberflächlichen Hautkrebsen empfiehlt der Verf. mit geringen Dosen bei ½ mm Al. zu beginnen und langsam die Filterung mit Bestrahlung von größeren Dosen zu steigern, um dadurch mit größerer Sicherheit den zweckentsprechenden Härtegrad verabfolgen zu können. Diese Methode ist aus der Beobachtung entstanden, daß oft oberflächliche Hautkrebse auf relativ weiche Strahlen in kleinen Mengen auffallend gut reagieren. Hauttuberkulose, Bindegewebs-, Drüsen- und auch Knochentuberkulose bestrahlt der Verf. mit 1—2 X unter 2—3 mm Al. in Abständen von 2 zu 2 Wochen. Über die Behandlung knötchenförmiger Acne rosacea berichtet der Verf., daß sie spurlos verschwindet, wenn man sie mit 1 X bei 2 mm Al. 2mal im Monat bestrahlt. In derselben Art bestrahlt der Verf. die chronischen Ekzeme. Es will dem Verf. scheinen, daß es bei der Röntgentherapie gar nicht so sehr auf die Menge der Strahlen ankommt als vielmehr auf den Härtegrad.

E. Hornemann-Lüneburg.

Zur Kenntnis der Röntgenreaktion der Haut. Reversion und Röntgenallergie, von G. Schwarz, Röntgeninst. Kaiserin-Elisabeth-Hsp. Wien. (Strahlenther., 1924, Bd. 18, H. 2, S. 483.) Vorläufige Mitteilung. Der Krönig-Friedrichsche Versuch bei täglicher Bestrahlung der Haut von $^1/_{13}$ HED. an 13 Tagen, der ein wesentlich geringeres Hauterythem ergab als die Bestrahlung einer Volldosis auf einmal, faßt der Verf. als einen Beweis für die hohe Kumulationsfähigkeit kleiner Röntgenmengen auf. In der Tiefentherapie kommt eine ähnliche biologische Wirkung nicht vor. Verf. experimentierte daher im Gegensatz dazu mit oberschwelligen Partialdosen. Er fand, daß, wenn die zweite Partialdosis der ersten während des Nochbestehens des Primärerythems folgte, der gesamte Röntgeneffekt geringer war, als wenn er die zweite Dosis unmittelbar auf die erste vor Entstehung des Primärerythems verabfolgte. Dieses Resultat ist auffallend, da es bisher feststand, daß hyperämisierte Haut auf Röntgen empfindlicher reagierte. Zur Erklärung dieser auffallenden Tatsache kann man annehmen, daß durch die erste Bestrahlung eine Hemmung der anabolen Zelltätigkeit eintritt, eine gewisse Hemmung der Aufbauprozesse. Verf. möchte die Abnahme der Röntgenempfindlichkeit nach der ersten Bestrahlung in diesem Stadium der Röntgenwirkung als Röntgenallergie der Haut bezeichnen. Die Beobachtungen bei sukzessiven Röntgenbestrahlungen der Haut können nach Ansicht des Verf. nicht ohne Vorbehalt auf maligne Tumoren bezogen werden, da bei letzteren andersartige biologische Vorgänge herrschen als in der normalen Haut.

E. Hornemann-Lüneburg.

Die Röntgentherapie der Hautkrankheiten, von H. Fuhs. (W. kl. W., 1924, Nr. 35, S. 841.) Die Arbeit gibt die verschiedenen Indikationsgebiete für Röntgenbehandlung in der Dermatologie wieder und führt anschließend daran die an der Klinik Riehl üblichen Behandlungsmethoden aus. Die gegebene Indikationsstellung bietet nichts Neues, doch warnt Verf. besonders vor Bestrahlungen von inalterierten Unterschenkelekzemen auf variköser Basis sowie tylotischrhagadiformen Herden an Palmae und Plantae. Vollkommen wird die Röntgenbehandlung der Pityriasis rosea und versicolor verworfen. Bezüglich Anwendung der Röntgenstrahlen wird eine fraktionierte, das ist Teildosenbehandlung empfohlen, und Verf. kommt zu dem Ergebnis, daß bei vorgenannter Technik, langen Pausen, nicht zu häufigen Serienwiederholungen und reizloser Vor-, Neben- und Nachbehandlung gute Erfolge erzielt werden können.

F. M. Peter-Hamburg.

Tagesgeschichtliche Nachrichten.

Verliehen: Den Priv.-Doz. Dr. Oskar Gans in Heidelberg und Dr. J. L. Rrenstjerna in Stockholm der Titel Professor.

Gestorben: Dr. Lyder Must Borthen in Drontheim, bekannt durch seine umfassenden Studien über die Lepra des Auges.

R.

Nachdruck (auch des Abschnittes „Tagesg. Nachr.") ist ohne Genehmigung des Verlegers nicht erlaubt.

Verantwortlich für die Redaktion: für Originalabhandlungen und T. N.: Prof. Dr. J. H. Rille, Leipzig. Für den Referatenteil: Dr. M. Unna, Hamburg-Bergedorf.

Digitized by Google

Dermatologische Wochenschrift

Nr. 9 (Bd. 80) 28. Februar 1925

Aus der Frauenabteilung für Haut- und Geschlechtskrankheiten des Allgemeinen Krankenhauses in Lemberg (Vorstand: Prim.-Doz. Dr. R. Leszczynski).

Über einen Fall von Angiokeratoma Mibelli.

Von

Dr. F. Goldschlag.

Seit der ersten Beschreibung dieser Krankheitseinheit sind bereits zahlreiche Arbeiten erschienen, die einerseits eine Bereicherung der Kasuistik, andererseits der Pathogenese dieses Leidens näherzutreten bezweckten. Im allgemeinen aber gehört das Angiokeratoma zu den selteneren Dermatosen, und es vergehen manchmal Jahre, bis man — auch unter einem reichen Material — einem neuen Fall begegnet.

Im Februar d. J. wurde auf unserer Abteilung die 15jähr. S. Z. aufgenommen. Seit einigen Jahren leidet sie im Winter an Schwellung und Rötung der Hände. Familienanamnese belanglos. Nie krank gewesen. Bis jetzt noch nicht menstruiert. (Jüdin!)

Status praesens: Innere Organe o. B. Thyreoidea vergrößert. Lymphdrüsen nicht verändert. Temperatur normal. Pirquet negativ, Intradermo negativ, WR negativ. Röntgenuntersuchung bestätigte den normalen Lungenbefund, rechter Hilusschatten etwas vermehrt.

Bei der Untersuchung des vegetativen Systems konnte man eine starke Reaktion auf Pilokarpin beobachten.

Haut: Im Gesicht eine leichte Rosazea. Hände und Füße stark asphyktisch. Die Gegend der Inter- und Metakarpophalangealgelenke etwas geschwollen, blauviolett verfärbt, stellenweise seichte Substanzverluste aufweisend (Perniones).

Am Dorsum der Finger und Zehen vereinzelte Effloreszenzen von Stecknadelkopfgröße. Ihre Zahl ist ziemlich gering, manche Finger und Zehen sind gänzlich verschont. Sie imponieren als kleine Flecke und Knötchen, in deren Mitte dunkelrote Pünktchen zum Vorschein kommen. Die Haut darüber erscheint glatt, oder wie es an den Zehen zu beobachten ist, verdickt, verrukös. Der erste Eindruck ist, daß wir es mit einfachen Wärzchen zu tun haben. Bei genauer Untersuchung, insbesondere mit Hilfe eines Diaskopes, treten die roten Punkte in der Mitte der Effloreszenzen deutlich hervor.

Der mikroskopischen Untersuchung wurde ein Knötchen an der Dorsalfläche der zweiten linken Zehe unterzogen. Der Befund war ganz typisch, so daß ich auf die nähere Beschreibung der histologischen Einzelheiten verzichten kann.

Die klinische Diagnose war in unserem Fall sehr leicht zu stellen. Histologisch ist das Bild von jedem anderen mit Leichtigkeit auseinander zu halten.

Während des Spitalaufenthaltes der Pat. hatten wir günstige Gelegenheit, die Entstehung der jüngsten Morphen zu studieren. Am Dorsum des vierten linken Fingers entstanden zuerst unbedeutende, kaum sichtbare Pünktchen. Im Laufe von einigen Wochen erreichten sie die Größe eines Hirsekorns und zeigten beim Druck sehr deutlich eine dunkelviolette Verfärbung. Anfangs lagen sie im Niveau der Haut, nach 6 bis 8 Wochen waren sie bereits erhaben. Die Hautoberfläche darüber blieb glatt. Diese Beobachtung widerlegt unzweideutig die alte Anschauung von Dubreuilh, daß die Hyperkeratose primär und die Gefäßerweiterung erst sekundär entsteht.

Subjektive Beschwerden verursachte das Angiokeratoma keinesfalls. Die Behandlung der Frostbeulen übte keinen Einfluß auf die Rückbildung der Dermatose aus.

Digitized by Google

Bei Übersicht der Literatur begegnen wir einer einheitlichen Meinung aller Autoren, daß Akroasphyxie und Frostbeulen ein günstiges Terrain für die Entstehung des Angiokeratoma bedingen.

(Angiokeratoma naeviforme Fabry, Angiokeratoma verrucosum anderer Autoren, besitzt alle Eigenschaften eines Nävus. Obwohl manchmal eine weitgehende klinische Ähnlichkeit mit Angiokeratoma Mibelli existiert, wie z. B. im Falle Kyrle und Planner, ist aus prinzipiellen Gründen, wie dies sehr richtig Wertheim unterstreicht, scharf vom Angiokeratoma Mibelli zu trennen. Histologisch handelt es sich beim letzten um eine Erweiterung der Kapillaren, beim ersten um eine Neubildung der Gefäße.)

Ein Mißverhältnis zwischen der Häufigkeit der Akroasphyxie oder Perniones einerseits und der des Angiokeratoma andererseits ist sehr auffallend. Escande trug als erster dieser Tatsache Rechnung und negierte einen unmittelbaren Zusammenhang zwischen diesen Prozessen. Das Angiokeratoma wie auch die Akroasphyxie erklärt er durch die Annahme einer angeborenen Schwäche der Kapillarwände.

Scheurer entwickelt weiter diesen Gedanken und glaubt, daß die angeborene Schwäche der Gefäße zu den Erscheinungen der Akroparese führt. Falls sich dazu eine Erfrierung gesellt, erfolgt eine weitere Verminderung der Elastizität und schließlich eine angiomatöse Erweiterung. Die Hyperkeratose wird allgemein als sekundär aufgefaßt. Vielleicht ist sie bloß eine Schutzvorrichtung der Haut (Unna) oder durch die Überladung des Blutes mit CO_2 provoziert.

Lebedde, Pautrier, Milian machten auf das gleichzeitige Vorkommen verschiedener tuberkulöser Symptome beim Angiokeratoma aufmerksam. Sie prägten sogar einen Namen Tuberculide angiomateux.

Queyrat faßt zwar das Angiokeratoma nicht als ein Tuberkulid auf, will in demselben aber (ähnlich wie in Pityriasis versicolor, Hypertrichosis interscapularis usw.) den Indikator eines tuberkulösen Bodens erblicken.

In unserem Fall ergab weder die Anamnese noch die klinische Untersuchung irgend welche Anhaltspunkte für Tuberkulose.

In der Mehrzahl der Fälle wurde der Beginn des Angiokeratoma zwischen dem 13. bis 17. Lebensjahre beobachtet. Unsere Patientin zählte 15 Jahre.

Die Pubertätszeit stellt an den Organismus, was die Leistungsfähigkeit aller Organe, insbesondere aber der Drüsen mit innerer Sekretion anbetrifft, große Forderungen. Die beginnende Hypertrophie der Schilddrüse, Acne rosacea, Amenorrhoe, Vagotonie erwecken den Verdacht, daß in unserem Fall eine Störung der normalen Tätigkeit der Endokrinen vorliegt. Dieselbe könnte vielleicht die Widerstandsfähigkeit der Hautkapillaren herabsetzen und beim Zutritt weiterer Noxen (Trauma, Temperatur) zur Entstehung der Angioparese bzw. des Angiokeratoma führen.

Literatur.

Dubreuilh, Pratique derm., Bd. 1. — Fabry, Arch. f. Derm., 1916, Bd. 123. — Frohwein, Mh. f. pr. Derm., 1906, Bd. 42. — Queyrat, Bulletin, 1923, Nr. 7. — Wertheim, Arch. f. Derm., 1924, Bd. 147.

Digitized by Google

Aus der Universitäts-Hautklinik Köln (Direktor: Prof. Dr. Zinsser).

Untersuchungen über die Versilberung der Spirochaeta pallida im Gewebe.

Von

Dr. Walther Krantz.

Während es keine besonderen Schwierigkeiten bietet, die Spirochaeta pallida im Ausstrichpräparat mit eigentlichen Farbstoffen zu färben, sind die Bemühungen, diese Färbungen auf das Gewebe zu übertragen, ohne praktischen Erfolg geblieben. Für die Darstellung der Spirochaeta pallida kommt bisher allein die Versilberung in Frage.

Die älteste von Volpino und Bertarelli angegebene Methode läßt die Versilberung in einzelnen Schnitten vor sich gehen. Sie wurde in der Folgezeit vollkommen verdrängt durch die bessere Resultate ergebende Versilberung von Gewebsblöcken. Die von Levaditi anfänglich gegebene Vorschrift — die sogenannte „ältere Levaditi-Methode" — wurde später von ihm selbst und einer Reihe anderer in der Absicht, die Sicherheit der Färbung zu verbessern, modifiziert und teilweise nicht unbeträchtlich kompliziert. In der Literatur finden sich aber des öfteren Hinweise darauf, daß gerade die einfache ältere Levaditi-Methode manchmal unübertreffliche Resultate ergibt; andererseits wird aber auch betont, daß die Färbung der Spirochäte mitunter ausbleibt, obwohl die Vorschriften genau befolgt wurden, und daß man einen Grund für das Versagen der Färbung nicht angeben kann. Weil nun die Resultate der älteren Levaditi-Methode, welche die einfachste Formel für die Versilberung der Spirochäte im Gewebe darstellt, von denen der komplizierteren Methoden zuweilen nicht übertroffen werden, muß von dieser einfachen Vorschrift ausgegangen werden, wenn man nach den Ursachen des Gelingens oder Versagens der Spirochätenfärbung suchen will, und wenn man Gesichtspunkte für die Beurteilung der verschiedenen Modifikationen gewinnen will.

Die Vorschrift für die ältere Levaditi-Methode[1]) lautet folgendermaßen:

1. Fixierung dünner Gewebsscheiben in 10%iger Formalinlösung 24 Stunden oder länger.
2. Übertragen in 90%igen Alkohol auf 24 Stunden.
3. Einlegen in destilliertes Wasser, bis die Stücke untersinken.
4. Silberimprägnation in einer 1,5—3%igen wässerigen Lösung von Arg. nitr. bei 37° 3—6 Tage.
5. Kurzes Auswaschen in destilliertem Wasser.
6. Reduktion in folgendem Gemisch: Pyrogallussäure 2—4 g,
   Formalin (40%) 5 ccm,
   dest. Wasser 100 „

24—48 Stunden bei Zimmertemperatur.

7. Auswaschen, Einbetten in Paraffin.

[1]) 4—6 soll im Dunkeln vorgenommen werden (Flasche aus dunklem Glase).

Digitized by Google

Um den Einfluß der Einzelvorschriften auf das Gesamtresultat zu erkennen, wurden sie unter sonst gleichbleibenden Verhältnissen willkürlich variiert. Es wurde also beispielsweise untersucht, welchen Einfluß verschiedene Konzentrationen der Silberlösung auf den Ausfall der Färbung haben, oder von welcher Bedeutung das Auswaschen unter Nr. 5 sei. Um die Ergebnisse dieser Versuche untereinander besser vergleichbar zu machen, wurde zunächst immer das gleiche Gewebe benutzt, nämlich Lebern von kongenital syphilitischen Kindern, die Tage bis Monate in 10%igem Formalin gelegen hatten. Auf den Einfluß der Fixierung wird weiter unten noch zurückzukommen sein. Ferner sei noch zuvor bemerkt, daß von den einzelnen Stückchen nach Abschluß der Reduktion und Auswaschen in destilliertem Wasser Gefrierschnitte angefertigt wurden, zumal sie für das Erkennen der Resultate vollkommen ausreichen und eine bedeutende Zeitersparnis gegenüber der Paraffineinbettung darstellen; außerdem wurde eine Veränderung der Versuchsresultate durch die Einflüsse während der Paraffineinbettung vermieden.

Aus Formalin sollen die Stückchen auf 24 Stunden in 90%igen Alkohol übertragen werden. Unterläßt man diese Alkoholbehandlung und bringt die Leberstückchen ohne weiteres in Silbernitratlösung, so findet man nach der Reduktion das Gewebe in den Schnitten braun gefärbt und voller punktförmiger schwarzer Niederschläge; Spirochäten sind nicht zu erkennen. Die punktförmigen Niederschläge werden durch das im Gewebe zurückgebliebene Formalin verursacht.

Wäscht man das Formalin aus den Leberstückchen 12 Stunden lang mit destilliertem Wasser aus, bringt sie danach in Silbernitratlösung und verfährt im übrigen wie sonst, so erhält man das Gewebe wie gewöhnlich braungold, die Spirochaeta pallida schwarz dargestellt. Ein für das Gelingen der Spirochätenfärbung wesentlicher Einfluß der Alkoholbehandlung unter Nr. 2 ist also die Entfernung des Formalins.

Darüber hinaus ist die Nachbehandlung der Stückchen mit Alkohol von Vorteil. Es fragte sich, ob etwa eine nur dem Alkohol eigene chemische Einwirkung diesen günstigen Effekt hervorbrachte, oder ob der härtende Einfluß des Alkohols die Hauptrolle dabei spielte. Von diesem Gesichtspunkte aus wurden die Stückchen aus Formalin 12 Stunden in destilliertes Wasser und danach für 2 Stunden in Azeton gebracht. Nach gründlichem Auswaschen des Azetons mit destilliertem Wasser wurde wie gewöhnlich versilbert. Die Behandlung mit Azeton ergab mindestens gleich gute Resultate wie die mit Alkohol. Man kann also sagen, daß die wesentlichste Bedeutung der Alkoholbehandlung unter Nr. 2 die Entfernung des Formalins aus den Stückchen ist; sie läßt sich ebenfalls durch Auswaschen mit destilliertem Wasser erzielen. Sofern das Formalin durch destilliertes Wasser aus altem Formalinmaterial ausgewaschen wird, ist die Alkoholbehandlung nicht mehr von prinzipieller Wichtigkeit; ihre härtende Wirkung ist ersetzbar durch Azeton.

Nach der 24stündigen Alkoholbehandlung sollen die Stückchen bis zum Untersinken in destilliertes Wasser gebracht werden. Unterläßt man diese Vorschrift und überträgt die Stückchen aus Alkohol ohne weiteres in Argentum-nitricum-Lösung, so wird die Spirochätenfärbung nicht verhindert.

Digitized by Google

Von welcher Bedeutung für den Ausfall der Spirochätenfärbung ist weiter die Konzentration der Silbernitratlösung und die Dauer ihrer Einwirkung?

Zur Entscheidung dieser Frage wurden Versuchsreihen folgender Art angestellt: 2—3 mm dicke Leberstückchen wurden aus Formalin 12 Stunden in destilliertem Wasser gewaschen, 12 Stunden mit 90%igem Alkohol behandelt, 3 Stunden gewässert und dann in Silbersalpeterlösungen verschiedener Konzentration bei 37° gehalten, 24 Stunden in 2%iger Pyrogalluslösung bei Zimmertemperatur reduziert und Gefrierschnitte angefertigt. Über Einzelheiten und über die Resultate gibt folgende Tabelle Aufschluß:

Dauer des Ag-Bades	3% $AgNO_3$	1% $AgNO_3$	0,5% $AgNO_3$	0,1% $AgNO_3$
3 St.	Brauner Außenrahmen, innen gelb. Sp. p. — 0	Brauner Außenrahmen, innen gelb. Sp. p. — 0	Außen gelbbraun, innen hellgelb. Sp. p. — 0	Außen grau punktierter Rahmen, darin Sp. p. angedeutet, innen schwach bräunlich
24 St.	Braunschwarzer Außenrahmen, innen gelb. Sp. p. ± vereinzelt braun	Brauner Rahmen, innen goldgelb. Sp. p. dunkelbraun, spärlich	Kein Rahmen, Gewebe goldgelbbraun. Sp. p. sehr viele angedeutet, schlecht durchgefärbt	Gewebe bräunlich (stumpf). Sp. p. sehr viele, aber nur schlecht gefärbt
48 St.	Dunkelbrauner Rahmen, Gewebe braungold. Sp. p. + nicht sehr gut durchgefärbt	Gewebe goldgelbbraun, schmaler Rahmen. Sp. p. + nicht sehr gut durchgefärbt	Gewebe gleichmäßig goldgelb. Sp. p. + braunschwarz, gut hervortretend	Gewebe braun, wie bestaubt. Sp. p. + schwarz, körnig, nicht durchgefärbt
6 Tage	Gewebe dunkelbraun-gold (zu dunkel!). Sp. p. + gut durchgefärbt, schwarz	Gewebe braungold, Kerne sehr schön dargestellt. Sp. p. + schwarz	Gewebe braungold gleichmäßig gefärbt. Sp. p. + schwarz	Gewebe hellbraun, Kerne nicht sehr hervortretend. Sp. p. + schwarz

In gleicher Weise wurde eine andere Versuchsreihe durchgeführt nur mit dem Unterschiede, daß die Silberbehandlung der Stückchen bei 56° im Paraffinofen vorgenommen wurde:

Dauer des Ag-Bades	3%	1%	0,5%	0,1%
3 St.	Braunschwarzer Rahmen, innen gelb. Sp. p. angedeutet	Dunkelbrauner Rahmen. Sp. p. angedeutet	Gewebe bräunlich (schwach). Sp. p. angedeutet	Außen bräunlicher Rahmen mit angedeuteten Sp. p. Mitte schwarz bestaubt
24 St.	Schmaler schwarzer Rahmen!, Gewebe goldgelbbraun. Sp. p. + schwarz	Gewebe goldgelbbraun, kein Rahmen. Sp. p. + schwarz	Gewebe gleichmäßig goldgelbbraun. Sp. p. + schwarz	Außen goldbrauner Rahmen, darin Sp. p. +, innen schwarze Körnchen. Sp. p. — 0

Digitized by Google

Dauer des Ag-Bades	3%	1%	0,5%	0,1%
48 St.	Schwarzbrauner Rahmen, innen goldgelb-braun (zu dunkel). Sp. p. + schwarz	Gewebe gleichmäßig goldbraun. Sp. p. + schwarz	Gewebe goldgelbbraun, gleichmäßig. Sp. p. + schwarz	Goldgelber Rahmen, Sp. p. darin + innen Silberstäubchen, ohne Sp. p.
6 Tage	Schwarzbrauner Rahmen, Gewebe dunkelgold, braune Kerne sehr gut (zu dunkel). Sp. p. + schwarz	Schmaler Rahmen, Gewebe goldbraun. Sp. p. + schwarz	Gewebe goldbraun, gleichmäßig. Sp. p. + schwarz	Außen goldgelber Rahmen, Sp. p. darin schwarz. Innen Silberstäubchen

Wenn wir diese Versuchsreihen miteinander vergleichen, so ist zunächst hervorzuheben, daß die Anwendung der höheren Temperatur die Färbung erheblich beschleunigt.

Was den Einfluß der Konzentration und der Dauer der Einwirkung anlangt, so kann man trotz erheblicher Verdünnung der Lösung bei längerer Dauer sehr gute Präparate erzielen. Jedenfalls spielt eine bestimmte Konzentration der Silberlösung nicht eine ausschlaggebende Rolle.

Bei den höher konzentrierten Lösungen tritt die Färbung rascher ein; es besteht aber der Nachteil, daß man einen undifferenzierbaren Rahmen erhält und daß die Färbung des Gewebes zu dunkel ausfällt. Bei den schwächeren Konzentrationen braucht man längere Zeit, gewinnt aber damit den Vorteil, daß die Rahmenbildung ausbleibt, das Gewebe gleichmäßiger und heller gefärbt wird und somit einen Untergrund abgibt, auf dem sich die Spirochäten besser abheben.

Bei kurzer Einwirkung der Silberlösung erhält man Präparate, in denen die Spirochäten mangelhaft durchgefärbt sind, bei den ganz schwachen Konzentrationen sieht man sie nur als Körnchenreihen angedeutet. Auch was die Zahl der dargestellten Spirochäten bei gleichem Material anlangt, ergeben sich Unterschiede, indem bei den schwächeren Konzentrationen mehr Spirochäten erkennbar sind, da sie durch die schwache Gewebsfärbung nicht verdeckt werden. An dieser Stelle sei die Bemerkung erlaubt, daß die Bilder von Spirochäten, die Unterbrechungen des Spirochätenfadens zeigen oder gar nur als Körnchenreihen erscheinen, nicht ohne weiteres als Ausdruck des Zugrundegehens, des „körnigen Zerfalles" gedeutet werden dürfen. Der Vergleich von Präparaten, die aus demselben Material nur unter technisch verschiedenen Bedingungen gewonnen worden sind, ergibt teilweise wohlgefärbte Spirochäten, teilweise nur körnig dargestellte, teilweise beides nebeneinander. Bei der Deutung dieser Spirochätenbilder ist also große Vorsicht am Platze und mehr an Kunstprodukte als an Degenerationsformen der Spirochäten zu denken.

Was die Zahl der Spirochäten, die gefärbt sind, anlangt, so ist es für den Kenner nicht zweifelhaft, daß daraus kein Schluß auf die wirklich vorhandene Zahl gezogen werden darf. Die Spirochäten können in Schnitten von einem Stück tadellos gefärbt erscheinen; behandelt man ein Stückchen des-

Digitized by Google

selben Gewebsmaterials aber in anderer Weise, wird man unter Umständen überrascht durch die sehr viel größere Zahl der dargestellten Spirochäten.

Nach der Vorschrift von LEVADITI sollen die Stückchen nach dem Silberbade kurz ausgewaschen werden. Von anderen, z. B. E. HOFFMANN (2), wird geraten, diese Wässerung fortzulassen und die Reduktionsflüssigkeit nach Abgießen der Silbernitratlösung auf das Stückchen im selben Gefäß zu bringen. JAHNEL (3) mißt dem Wässern nach der Versilberung ebenfalls große Bedeutung bei. Nach seinen Beobachtungen am Zentralnervensystem läßt sich durch das Waschen die Fibrillenfärbung unterdrücken, allerdings seien auch die Spirochäten gegen das Waschen empfindlich, und der Wirkungsgrad des Waschens ließe sich nicht absehen.

Daß das Wässern nach dem Silberbade nicht notwendig ist, beweisen schon die Ratschläge derjenigen, die das Weglassen empfehlen. Zur Beurteilung des Einflusses des Wässerns nach dem Silberbade brachte ich die Stückchen, nachdem sie 24 Stunden in 1%iger Ag-Silbernitratlösung bei 56° versilbert waren, verschieden lange Zeit, und zwar 10 Minuten, 30 Minuten, 60 Minuten, 24 Stunden, 3 Tage und 14 Tage in Aq. dest. und reduzierte sie erst dann 24 Stunden. Ein Stück wurde ungewässert reduziert.

Es ergab sich aus meinen Versuchen, daß das Waschen nach dem Silberbade keine ausschlaggebende Rolle für das Gelingen oder Versagen der Spirochätenfärbung spielt. Bezüglich der Theorie der Versilberung der Spirochäten sei festgehalten, daß das Silber aus den Spirochäten durch Aq. dest. auch durch 14tägige Einwirkung nicht entfernt wird.

Bevor ich an die eigentlichen Versuche über den Einfluß der Konzentrationen der Pyrogallussäurelösung und der Dauer ihrer Einwirkung heranging, untersuchte ich Gewebsstückchen unreduziert, sofort nach der Silberbehandlung. Dabei ergab sich, daß die Silberfärbung des Gewebes in Leberstückchen bei längerer Einwirkung der Silberlösung und höherer Konzentration bis zu einem gewissen Grade schon vorhanden war, daß sogar schon einzelne Spirochäten angedeutet waren. Durch das Pyrogallol wird also ein Prozeß nur zu Ende geführt, der bereits im Silberbade begonnen hatte.

Leberstückchen wurden aus Formalin je 12 Stunden in destilliertes Wasser, Alkohol und destilliertes Wasser überführt, 36 Stunden in 1%ige Silbernitratlösung bei 35° gebracht und in folgender Weise reduziert:

Reduktionszeit	1%iges Pyrogallol (ohne Formalin)	4%iges Pyrogallol (ohne Formalin)
Nicht reduziert	Gewebe gelbbraun (schwach), Zellkerne erkennbar, rote Blutkörperchen etwas dunkler. Sp. p. vereinzelt braun gefärbt	
10 Minuten	Außen dunkler gefärbter Rahmen, Mitte wie beim nichtreduzierten Stück. Sp. p. in der Außenschicht +	Gewebe gelb und goldbraun, ganzes Stück durchreduziert. Sp. p. + schwarzbraun
20 Minuten	Außen dunkler gefärbter Rahmen, Mitte goldgelb. Sp. p. + auch mitten schwarz	Gewebe gelb und goldbraun, dunkler als bei 1%iger Lösung. Sp. p. + schwarz
60 Minuten	Gewebe gelb und braungold. Sp. p. + schwarz	Gewebe gelb und braungold, gleichmäßig durchgefärbt. Sp. p. + schwarz
12 Stunden	Gewebe gelb und goldbraun, in beiden Lösungen etwa gleich intensive Färbung. Sp. p. + schwarz	
7 Tage	Gewebe gelbgoldbraun. Sp. p. + sehr scharf, schwarz	

Digitized by Google

Die Tabelle zeigt, daß die Reduktion ziemlich rasch vor sich geht, und daß die Konzentration der Pyrogallollösung nur eine untergeordnete Rolle spielt. Jedenfalls ist die Reduktionsflüssigkeit bei dem ganzen Prozeß — abgesehen von allzu kurzer Anwendungszeit — nicht von entscheidender Bedeutung. Die zur Reduktion notwendige Zeit läßt sich noch abkürzen, wenn man sie bei höherer Temperatur (37°, 55°) vornimmt.

Faßt man die Punkte 4, 5 und 6 der Levaditischen Vorschrift als die eigentliche Versilberung zusammen, so zeigen die vorstehenden Versuche, daß ein ziemlich weiter Spielraum in der Wahl der Konzentrationen der Lösungen und der Dauer ihrer Einwirkungen besteht, ohne daß die Färbungsresultate wesentlich geändert würden. Die Gründe für das Versagen der Spirochätenfärbung liegen also sicher nicht in kleinen Abweichungen von den vorgeschriebenen Konzentrationen und Zeiten bei der eigentlichen Versilberung, sondern vorher. Ob die Spirochätenfärbung in einem beliebigen Stückchen gelingt oder versagt, hängt im Prinzip ab von der Behandlung des Stückchens vor der eigentlichen Versilberung: die Entscheidung ist schon gefallen, wenn das Stückchen in die Silberlösung kommt.

Ich hatte oben bereits festgestellt, daß durch destilliertes Wasser nach dem Silberbade auch bei 14 Tage langer Einwirkung die Spirochätenfärbung noch tadellos zu erhalten ist. Die Spirochäten geben das aufgenommene Silber nicht wieder in das destillierte Wasser ab. Man darf sich also nicht vorstellen, daß das den Block durchtränkende Silbernitrat erst bei der Reduktion zerlegt würde und dabei Silbermetall auf den Spirochäten niedergeschlagen würde, sondern man muß annehmen, daß während der Silbernitratbehandlung sich rein chemische Vorgänge zwischen Eiweißsubstanzen des Gewebes und Spirochätensubstanz einerseits und Arg. nitr. andererseits abspielen. Ich komme zu dieser Auffassung auf dem gleichen Wege, wie Unna (5) und Schuhmacher (6) in ihren Untersuchungen über die Wirkung des Silbernitrates auf frisches Gewebe. Für das Gelingen oder Versagen der Spirochätenfärbung ist dieser rein chemische Prozeß von wesentlicher Bedeutung. Inwieweit darüber hinaus noch Vorgänge eine Rolle spielen, wie sie von Liesegang (6) beschrieben wurden, kann hier unberücksichtigt bleiben, da eben auch die „Bekeimung" der Spirochäten mit Silberteilchen eine Affinität der Spirochätensubstanz zum Silber zur Voraussetzung hat. Auf den Ablauf rein chemischer Vorgänge während der Behandlung der Stückchen mit Silbernitrat weisen auch andere Umstände hin. Wenn man viele Levaditipräparate untereinander vergleicht, so fallen ohne weiteres die Unterschiede der Gewebsfärbung auf. Man trifft auf Präparate, in denen die Darstellung der Spirochaeta pallida hervorragend gelungen ist, während die Differenzierung der Gewebsbestandteile unmöglich ist und umgekehrt. Bei meinen Versuchen mit willkürlichen Veränderungen in den technischen Vorschriften ergab sich weiterhin, daß die Silberfärbung der Gewebsbestandteile weitgehend zu beeinflussen ist. Beispielsweise bringt ein Zusatz von Ammoniak zu Silberlösung das Bindegewebe gut zur Darstellung, aber hemmt oder verhindert die Spirochätenfärbung, während der Zusatz von Salpetersäure die Bindegewebsfärbung unterdrückt, aber die Spirochätenfärbung nicht verhindert. Bekanntlich wird das Silbernitrat in der histologischen Technik vielfach benutzt. Dasselbe Silber-

Digitized by Google

salz dient zur Darstellung der verschiedensten Gewebselemente, nur sind die technischen Vorschriften (die Vorbehandlung) verschieden. Die LEVADITI-Methode steht in diesem Gedanken im Zusammenhang mit den histologischen Silbermethoden, und man kann mit einer gewissen Berechtigung sagen, daß die „Launenhaftigkeit", die den histologischen Silbermethoden und der LEVADITI-Methode zum Vorwurf gemacht wird, durch das eingehende Studium der chemischen Vorbereitung der Gewebe zur Versilberung beseitigt werden könnte.

Wenn wir oben gefunden hatten, daß die eigentliche Versilberung, die Silbernitratbehandlung und Reduktion, den Ausfall der Spirochätenfärbung nicht mehr grundsätzlich beeinflußt, sondern daß die Gründe für das Gelingen oder Versagen der Spirochätenfärbung vor der eigentlichen Versilberung liegen, können wir jetzt weiter sagen: ob die Verbindung zwischen Spirochätensubstanz eintritt oder überhaupt eintreten kann, hängt ab von den chemischen Einflüssen der Vorbehandlung auf die Spirochätensubstanz in derselben Weise wie bezüglich der Silberfärbung verschiedener Gewebselemente. Gehen wir weiter zurück, so hatten wir oben bereits festgestellt, daß auch die vorgeschriebene Alkoholbehandlung unter Nr. 2 nicht von ausschlaggebender Wichtigkeit war, denn sie war bei altem Formalinmaterial ersetzbar durch gründliches Waschen in destilliertem Wasser. Somit bleibt nur übrig, die eigentliche Ursache des Gelingens oder Versagens der Spirochätenfärbung bei Vermeidung allzu großer Abweichungen von der Vorschrift in der Fixierung zu suchen.

Fast sämtliche angegebenen Vorschriften verlangen ebenso wie die ältere LEVADITIsche Formalinfixierung. Nach SCHMORL ist auch Material, das in Formalin-Müller fixiert war, verwendbar. In alkoholfixiertem Gewebe versagt die LEVADITI-Methode auch nach meinen Erfahrungen mitunter gänzlich; häufig färben sich die Spirochäten nur mangelhaft „körnig". Eingehende Untersuchungen über den Einfluß anderer Fixierungsmethoden auf den Ausfall der Spirochätenfärbung liegen nicht vor. Mit Hinsicht auf den bedeutenden Einfluß der Formalinfixierung würde es jedoch aussichtsreich erscheinen, zumal die verschiedenen Formaline nicht gleichartig sind (vgl. JAHNEL [3]), zu versuchen, die Formalinfixierung durch eine stets gleichbleibende Fixierungsflüssigkeit zu ersetzen. Wenn JAHNEL im Verlaufe seiner Untersuchungen zu dem Schluß kommt, daß das Gelingen der Spirochätenfärbung von einem bestimmten Formalin abhinge, so möchte ich diesen Satz besonders unterstreichen in dem Sinne, daß die bei der Fixierung stattfindende chemische Einwirkung auf die Spirochätensubstanz für das Eintreten der Spirochätensilberfärbung entscheidend ist.

Machen wir die Voraussetzung, daß das Gewebe in einem geeigneten Formalin fixiert war, so lassen sich aus den vorstehenden Versuchsreihen für die Erzielung guter Präparate aus Organen (das Zentralnervensystem und wegen des Reichtums an Fasern auch die Haut nehmen eine Sonderstellung ein) etwa noch die folgenden Hinweise ableiten. Aus der Erkenntnis, daß die gründliche Entfernung des Formalins vor der Versilberung notwendig ist, wird man vor der Alkoholbehandlung unter Nr. 2 eine Wässerung einschieben, wie sie ja auch von anderen (NOGUCHI [7], BARANIKOFF [8], YAMAMOTO [9], JAHNEL [3]) angeraten wird. Bezüglich

Digitized by Google

des Silbernitratbades sei bemerkt, daß die Verwendung brauner Flaschen nebensächlich ist; es genügt vollständig, saubere (kochsalzfreie!) Reagensgläser mit 5—10 ccm Silbernitratlösung für etwa 1 ccm Gewebe zu verwenden. Es ist ratsam, die Silbernitratbehandlung bei 56° (in Paraffinöfen) vorzunehmen. Um die Rahmenbildung und übermäßig dunkle Gewebsfärbung zu vermeiden, verwendet man 0,5—0,25%ige Silbernitratlösung für 24—48 Stunden. Ich ziehe gegenüber den Schnellmethoden, wie sie z. B. von NAKANO (10) oder YAMAMOTO angegeben worden sind und die 1,5%iges Silbernitrat für 4—5 Stunden bei 50° bzw. 5%ige Lösung 48 Stunden bei 37° verwenden, eine dünnere Lösung bei höherer Temperatur und etwas längerer Zeit vor. Nach Abgießen der Silbernitratlösung wird die 2%ige Formalin-Pyrogallussäurelösung auf das Stückchen im selben Glas gegossen und für 2—12 Stunden in den Paraffinofen zurückgestellt. Wie oben bemerkt, habe ich zumeist Gefrierschnitte von den fertig versilberten Stückchen angefertigt; die Resultate werden durch das Einbettungsverfahren nicht mehr verändert, insbesondere hat die notwendige mehrstündige Alkoholanwendung keinen Einfluß auf die Spirochätenfärbung, was sich daraus ergibt, daß man reduzierte und gewässerte Gefrierschnitte ohne Schaden tagelang in Alkohol liegen lassen kann.

Aus den Versuchen, die ich in der Absicht unternahm, die Fixierung als den ausschlaggebenden Vorgang für das Gelingen der Präparate zu verbessern, sei noch folgendes erwähnt: Die Tatsache, daß die Formalinlösung, in der längere Zeit Gewebsstücke gelegen haben, eine saure Reaktion bekommt (vgl. SPATZ [11]) gab die Anregung, dem 10%igen Formalin 10%ige Essigsäure zuzusetzen. Es hat den Anschein, als ob damit eine sichere und bessere Spirochätenfärbung zu erzielen sei.

Literatur.

1. Zit. nach SCHMORL, Untersuchungsmethoden. — 2. E. HOFFMANN, Hdb. d. Geschlechtskrkh. — 3. JAHNEL, M. m. W., 1920, S. 932 u. 1263; Arch. f. Psych., 1917, Bd. 57, S. 847; Neurolog. Zbl., 1917, Bd. 36, S. 402. — 4. UNNA, Derm. W., 1915, Nr. 1, S. 20. — 5. SCHUHMACHER, Derm. W., 1915, Nr. 1, S. 13. — 6. LIESEGANG, Kolloidchem. Beih., 1912, Bd. 8. — 7. NOGUCHI, M. m. W., 1913, S. 737. — 8. BARANIKOFF, Zbl. f. Bakt., 1909, Bd. 50. — 9. YAMAMOTO, Zbl. f. Path., Bd. 20, S. 153. — 10. NAKANO, D. m. W., 1912, Nr. 9. — 11. SPATZ, Verh. d. path. Gesellsch., 1923, S. 222.

Aus der Universitätsklinik für Geschlechts- und Hautkrankheiten in Wien
(Vorstand: Hofrat Prof. E. FINGER).

Über intravenöse Luetinapplikation.

Von

Priv.-Doz. Dr. H. PLANNER, Assistent der Klinik.

Die Annahme, daß es sich bei den gelegentlich mitgeteilten[1]) Beeinflussungen tertiär-syphilitischer Krankheitsherde durch intra- und subkutane Organ-Luetininjektionen[2]) um eine Vakzinationswirkung handelt,

[1]) PLANNER, Sitzungsber. d. Ges. d. Ärzte. W. kl. W., 1921, Nr. 9. — MÜLLER u. PLANNER, M. Kl., 1921, Nr. 15. — [2]) Es sind auch stets Organextrakte gemeint, wenn später kurzweg von Luetin gesprochen wird.

Digitized by Google

legte den Gedanken nahe, auch die intravenöse Applikation zu versuchen. Ist es doch eine bekannte Tatsache, daß viele, wenn auch durchaus nicht alle Vakzinen bei intravenöser Einverleibung eine vielfach energischere Wirkung entfalten, so daß eine Prüfung der diesbezüglichen Verhältnisse auch beim Luetin wünschenswert erscheinen mußte, die vielleicht zu einer Verbesserung der Erfolge hinsichtlich der Raschheit ihres Eintrittes oder auch ihrer Dauerhaftigkeit führen konnte.

Andererseits war auch das Gegenteil denkbar, daß Reaktionen irgend welcher Art ausbleiben. Wird doch gerade den sich in der Haut abspielenden Vorgängen in immunisatorischer Hinsicht eine gewisse Bedeutung beigemessen. Nicht nur für die Gruppe der akuten Infektionskrankheiten, sondern ganz besonders für die Lues waren seit jeher derartige Vorstellungen gang und gäbe. Die Gepflogenheit der älteren Syphilidologen, die Therapie erst nach Ausbruch des Exanthems zu beginnen, entwickelte sich aus ähnlichen Gedankengängen, und auch die freilich noch durchaus nicht entschiedene Frage eines antagonistischen Verhaltens zwischen Hauterscheinungen und späteren Erkrankungen innerer Organe, insbesondere des Zentralnervensystems, wurzelt in dieser Auffassung. Durch einige Zeit in Vergessenheit geraten, wird ihr neuerdings erhöhte Aufmerksamkeit gezollt, wohl ganz besonders im Hinblick auf die seit Einführung der Salvarsantherapie gemachten Beobachtungen, daß mit dem Seltenerwerden der Haut- und Schleimhautrezidiven Irritationszustände der Meningen und Erkrankungen des Zentralnervensystems häufiger geworden sind. Es sei hier auch an die Verhältnisse der Lues in der einheimischen Bevölkerung Bosniens erinnert, wo bei häufigstem Vorkommen schwerer gummöser Formen Tabes und Paralyse so gut wie fehlen. Hinsichtlich der Liquorveränderungen konnte Kyrle feststellen, daß deren Schwinden gerade bei Patienten mit tertiären Hauterscheinungen häufig, ja die Regel zu sein scheine. Und ebenso berichtet er über Fälle von Tabes, die ihre komplett positiven Liquorreaktionen nach Überstehen tertiärer Haut- oder Schleimhautprozesse verloren oder wenigstens sehr abgeschwächt gezeigt hätten, und steht nicht an, den Grund hierfür in den von den Hautsymptomen ausgehenden immunisatorischen Vorgängen zu suchen. Auch Hoffmann spricht von einer nach innen gerichteten Schutzfunktion der Haut, der er den Namen Esophylaxie gibt.

Die Ergebnisse der intrakutanen Luetininjektionen bei Tertiärsyphilitikern, die wohl als allergisches Phänomen anzusehen sind, deuten auf besondere immunbiologische Funktionen des Hautorgans hin. Vielleicht darf hier auch des gelegentlich unserer therapeutischen Versuche mit Luetininjektionen gewonnenen Eindruckes gedacht werden, daß gerade die mit intrakutanen Injektionen behandelten Fälle besonders raschen Rückgang ihrer Gummen zeigten und sich gegenüber den Fällen, die vorwiegend subkutane Injektionen erhalten hatten, als besser beeinflußbar erwiesen. Dies alles stützt die Annahme, daß zwischen der Haut und den sich in ihr abspielenden Vorgängen immunbiologischer Art und dem übrigen Organismus Wechselbeziehungen bestehen, durch welche der Verlauf der Krankheit weitgehend mitbestimmt wird.

Digitized by Google

Es schien deshalb die intravenöse Luetinapplikation auch für die Frage des Allergieproblems bei Lues von einem gewissen allgemeinen Interesse und bis zu einem gewissen Grad zur Beantwortung der Frage herangezogen werden zu können, ob nur unter direkter Mitwirkung der Haut Reaktionen zustande kommen, oder ob solche auch bei Umgehung dieser offenbar werden.

Es seien deshalb einige Erfahrungen über intravenöse Luetininjektionen mitgeteilt, die allerdings nur ein geringes Material umfassen, da der Ausführung des langgehegten Planes doch mancherlei Bedenken gegenüberstanden, wie dies ja immer bei erstmaligen Versuchen eines Verfahrens der Fall zu sein pflegt.

Bei der Herstellung der für die intravenöse Injektion bestimmten Extrakte wurde in gewohnter Weise verfahren[1]); natürlich wurde besonderes Augenmerk der Einhaltung der aseptischen Kautelen geschenkt. Zur Verwendung gelangte nur operativ gewonnenes Material, Lymphdrüsen, die unmittelbar nach der Exstirpation der weiteren Verarbeitung zugeführt wurden. Innere Organe hereditärluetischer Föten schienen, da es sich ja dabei um Leichenteile und nicht einmal ganz frische handeln konnte, kein geeignetes Material abzugeben. Ich habe mich, nachdem die intrakutane Prüfung bei Tertiärluetikern die Extrakte als wirksam erwiesen hatte, zunächst durch Selbstversuche überzeugt, daß der intravenösen Luetininjektion keinerlei Gefahren innewohnen, etwa durch Bildung toxischer Eiweißkörper u. dgl. Da intravenöse Injektionen von 0,1—0,4 keine Reaktionen bei mir auslösten, sich niemals Temperaturen, Kopfschmerzen oder Übelkeiten einstellten, bin ich daran gegangen, Versuche am Patientenmaterial der Klinik anzustellen, und kann über 16 Fälle, die intravenöse Luetininjektionen erhalten hatten, berichten. Fünf Fälle gehörtem dem tertiären, davon ein latenter, zehn dem sekundären Stadium an, wozu noch eine Lues hereditaria kommt.

Fall 1. Poll. Marie, Prot.-Nr. 263/1922. Aufgenommen am 30. III. 1922. Anamnese negativ. — Status praesens: Kronenstückgroßes, exulceriertes, mit Krusten bedecktes Gumma des rechten Nasenflügels. WR positiv. — 31. III. Luetin (intrakutan 0,2) stark positiv. Am Abend Brennen und Zucken im Geschwür. Die Luetinreaktion nimmt bis zum 2. IV. stark an Intensität zu. — 5. IV. Von einer Luetinverdünnung 1:10 werden 0,4 intravenös injiziert. Temperatur 37,1. — 6. V. Temperatur früh 37,3, mittags 37,1, abends normal. — 7. V. Gumma stark sukkulent, Kruste in Ablösung. — 8. V. Zweite Luetininjektion intravenös 0,1 des unverdünnten Extraktes. Temperatur abends 37,5. — 9. V. Temperatur bis mittags 37,4, abends normal. — 10. V. Dritte Luetininjektion intravenös 0,2. Temperatur 37. — 11. V. Temperatur mittags 37,6. — 12. V. Vierte Luetininjektion 0,4 intravenös. — 13. V. Temperatur früh 37,6. Deutliche Heilungstendenz. Nach Abhebung der nur lose haftenden Kruste zeigt sich das früher trichterförmig in die Tiefe greifende Geschwür zum großen Teil ausgefüllt, nur mehr 1 mm tief. Die braunrote Infiltration der Umgebung ist weniger ausgebreitet und von geringer Derbheit, doch noch immer deutlich. Die Schmerzhaftigkeit des Nasenflügels ist ganz geschwunden. Subjektive Herdreaktionen waren außer nach der ersten diagnostischen intrakutanen Reaktion nicht vorhanden. — 14. V. Fünfte Luetininjektion 0,8 intravenös. Nachmittags keine Temperatur. — 15. V. Da Pat. aus familiären Gründen das Spital verläßt, Fortsetzung mit Neosalvarsan. Erste Neosalvarsaninjektion 0,45. Schüttelfrost, Fieber bis 38,4. — 27. IV. Nach zwei Neosalvarsaninjektionen à 0,3 ist das Gumma vollständig

[1]) Klausner, Arch. f. Derm., 1914, Bd. 120, S. 144. — Müller u. Stein, W. m. W., 1913, Nr. 38 u. 39.

Digitized by Google

geheilt. Die Kur wird dann bis zu einer Gesamtdosis von 4,0 g Neosalvarsan fortgeführt. WR unverändert positiv.

Auf vier intravenöse Luetininjektionen (0,74) bedeutende Besserung. Subjektive Herdreaktion, dagegen wurde am Abend der Injektionstage mäßige Temperatursteigerung, die während des folgenden Tages anhielt, beobachtet. Nach der ersten intravenösen Luetininjektion von 0,4 starke Zunahme der entzündlichen Erscheinungen am Krankheitsherd.

Fall 2. Purit. Emma, Prot.-Nr. 280/1922. Aufgenommen am 20. VII. 1922. Anamnese: 1919 Papeln ad genitale. 3,60 g Neosalvarsan. April 1921: Lues latens. WR positiv. 3 Neosalvarsan + 6 Mirion. — Status praesens: Orbikuläre Tuberculа cutanea auf handflächengroßem Bezirk an der linken Halsseite. Die einzelnen Knoten sind hellerstückgroß, im Zentrum zum Teil exulzeriert und mit Krusten bedeckt. WR positiv. — 21. VII. Erste Luetininjektion 0,1 intravenös. 6 Uhr abends: Der Herd lebhaft gerötet, stark sezernierend. Temperatur 37,2. — 23. VII. Zweite Luetininjektion 0,3 intravenös. Temperatur abends 37,4. — 24. VII. Temperatur früh 37,2, dann normal. — 25. VII. Dritte Luetininjektion 0,5 intravenös. Temperatur nachmittags 37,4. — 26. VII. Temperatur normal. — 27. VII. Vierte Luetininjektion 0,6 intravenös. Temperatur abends 37,2. — 28. VII. Die Gummen sind seit der zweiten Luetininjektion dauernd lebhaft gerötet, die Krusten abgefallen. Die tiefen zentralen Geschwüre sind ausgefüllt und teilweise vernarbt. Die peripheren Randinfiltrate sind flacher, von intensiv braunroter Farbe. — Beginn mit Neosalvarsan.

Objektiv starke Herdreaktionen und sichtbare Besserung. Geringe Allgemeinreaktion in Form mäßiger Temperaturerhöhung nach jeder Luetininjektion. Die nachträglich vorgenommene Intrakutanprüfung auf Luetin ergab ein nur schwach positives Resultat.

Fall 3. Gr., Marie, 38 Jahre alt, verheiratet, Prot.-Nr. 983/1922. Aufgenommen am 3. V. 1922. Anamnese: 1910 Totgeburt im sechsten Monat, 1911 ebenfalls; 1912 und 1913 starben zwei Kinder drei und elf Monate alt. 1914—1918 vier angeblich gesunde Kinder. Seit einem Monat bemerkt Pat., daß beim Trinken Wasser aus der Nase abfließt. — Diagnose: Ulcus gummos. magnitudine coronae palat. durum perforans. — 4. V. WR positiv. — 8. V. Luetin (Extrakt 54) 0,1 intrakutan. Typisch positiv, 4:3 starke Elevation, mäßige Rötung, leichte Lymphangitis. — 12. V. Die Luetininjektionsstelle vom 8. V. ist noch stark infiltriert und in Kronenstückgröße livid verfärbt. Erste Luetininjektion (54) 0,1 intravenös. Eine Stunde nach der Injektion äußert Pat.: „Heute spüre ich die Injektion bis in den Mund.“ Nachmittags und abends starke Abgeschlagenheit. Die Temperatur beträgt abends 38,5. — 13. V. Die Mattigkeit hält an. Objektiv ist das gestern noch belegte und ziemlich stark eiternde Geschwür vollkommen gereinigt. Außerdem gibt Pat. an, daß bereits nach der ersten Intrakutanreaktion der Wasserabfluß aus der Nase beim Trinken viel geringer gewesen sein soll. — 15. V. Luetin (54) 0,5 intravenös. Sieben Stunden post injectionem heftiger Schüttelfrost, Temperatur 39,2. Zwei Stunden post injectionem Kitzeln in der Wunde. — 16. V. Die in den letzten Tagen einsetzende Narbenbildung hat weitere Fortschritte gemacht, so daß nur eine linsengroße, zentrale Stelle, die aber völlig gereinigt ist, noch nicht vernarbt ist. — 19. V. Gumma vollkommen vernarbt. WR positiv. Pat. wird entlassen.

Einen Monat (17. VI.) später Wiederaufnahme der Pat. unter Journ.-Nr. 20666. Die Narbe am harten Gaumen ist vollkommen solid, die Perforationsöffnung geschlossen, kein Abgang von Wasser durch die Nase. Da Pat. über leichtes Kratzen im Halse klagt, wird ein Befund der Kehlkopfklinik eingeholt: Larynxbefund normal, vernarbtes Gumma am Gaumen, verheilte Ulzera der Pharynxhinterwand. WR nach wie vor positiv. Die Luetinreaktion mit Extrakt 55 zeigt typischen positiven Ausfall von gleichem Aussehen und gleicher Intensität wie gelegentlich der ersten Spitalsaufnahme und zeigt deutliche Zunahme nach 48 Stunden. — 1. VII. Pat. wird mit der Anweisung entlassen, sich in vier Wochen wieder vorzustellen.

Glatte Heilung eines kronenstückgroßen, perforierenden Gummas des harten Gaumens auf eine intrakutane (0,1) und zwei

Digitized by Google

intravenöse (0,6) Luetininjektionen in elf Tagen. Starke Allgemeinreaktion, hohes Fieber, Mattigkeit. Deutliche subjektive Herdreaktion. Nachuntersuchung einen Monat später zeigt die Narben vollkommen intakt.

Fall 4. Bic., Johann, 8 Jahre alt, Prot.-Nr. 223/1922. Aufgenommen 6. VI. 1922. Anamnese: 1919 Keratitis parenchymatosa. WR positiv. Schmierkur. Seit zehn Monaten Geschwür der rechten Tränensackgegend. Status praesens: Ektropium des rechten unteren Augenlides mit hochgeröteter sukkulenter Konjunktiva; die nasale Hälfte des Lidrandes fehlt. An der lateralen Hälfte eine linsengroße, gelblich sulzige, aphthenartige Erosion. Vom inneren Lidwinkel ausgehend ein nierenförmiger Krankheitsherd, der sich in den Dimensionen 3 : 1½ cm halbbogenförmig auf die seitliche Nase und die Infraorbitalgegend fortsetzt. Der Herd wird aus zahlreichen stecknadelkopf- bis linsengroßen, unregelmäßig zackig begrenzten, zum Teil konfluierenden Geschwüren eingenommen, deren 2—3 mm tiefe Basis reichlich mit Eiter bedeckt ist, während die Ränder aufgeworfen, bräunlich verfärbt und infiltriert erscheinen. Starkes Tränenträufeln. Lichtscheu. — Befund der I. Augenklinik: Tiefe Hornhautinfiltrate beiderseits. Linksseitige Dakryozystitis. — Befund der Ohrenklinik: Destruktion des knöchernen und knorpeligen Septums, sehr reichliche fötide Krustenbildung der stark atrophischen Schleimhaut. Luetische Ozäna. — Diagnose: Ulcera gummosa serpiginosa in angulo oculi dextri mediali. Keratitis parenchymatosa. — WR positiv. — 8. VI. Luetin (Nr. 49) 0,15 intrakutan, in starker und charakteristischer Weise positiv, durch zwei Tage persistent. Keine subjektive Herdreaktion. Temperatur 37,1. Drei Kontrollpersonen mit Trichophytieherden des behaarten Kopfes reagieren mit dem gleichen Luetin negativ. — 12. VI. Normalleberextrakt 0.2 intrakutan zeigt am 13. und 14. VI. keine Reaktion an der Impfstelle. Keine Temperatur. — 15. VI. Luetin (Nr. 55) 0,2 intrakutan. Abends Temperatur 37,8. — 16. VI. Typische starke Reaktion mit Lymphangitis. Temperatur normal. Drei Kontrollen negativ. — 18. VI. Das gummöse Ulkus ist viel flacher geworden, die Ränder weniger infiltriert. — 19. VI. Luetin (Nr. 55) 0,05 intravenös. (Kontrolle Verf. 0,4 intravenös.) Sehr starke Allgemeinreaktion. Nachmittags 4 Uhr Temperatur 37,6, abends 39,2, auf welcher Höhe sich das Fieber bis zum anderen Tag 4 Uhr nachmittags hält, um dann langsam abzufallen. Fünf Stunden nach der Injektion klagt Pat. über heftige Schmerzen im rechten Auge und im Kopf. Abends Erbrechen. Pat. ist somnolent und reagiert kaum auf Anruf. — 20. VI. Temperatur 39. Früh Erbrechen. Schläft viel und ist noch immer benommen. — 21. VI. Temperatur normal. Wohlbefinden. Das Ulkus ist viel flacher, die Basis nicht mehr höckerig, sondern glatt und rein. — 23. VI. Mit Rücksicht auf die außerordentlich starke Allgemeinreaktion wird von intravenöser Injektion Abstand genommen und Luetin 0,2 intrakutan gegeben. — 24. VI. Bedeutender Fortschritt. Die Epithelisierung der ausgefüllten Substanzverluste ist in vollem Gang. Die Sekretion ist viel geringer. — 26. VI. Das Ulkus bis auf eine stecknadelkopfgroße Stelle verheilt. — 27. VI. Ulkus völlig überhäutet. — 19. VII. Am unteren Pol der Narbe zwei stecknadelkopfgroße, ganz seichte Ulzerationen. Luetin 0,025 intravenös. — 20. VII. Keine starke Reaktion, nur gestern abends Temperatur 37,3, heute früh 37,8. — 25. VII. Luetin 0,1 intravenös. Temperatur abends 37,6. — 26. VII. Den Tag über Temperatur 37,9, abends 37. — 27. VII. Erosionen überhäutet. — 3. VIII. Beginn mit Neosalvarsan, Mirion.

Heilung eines zweikronenstückgroßen Gummas des Augenwinkels in 19 Tagen auf drei intrakutane (im ganzen 0,55) und eine intravenöse Luetininjektion (0,05). Die intrakutanen Injektionen waren von mäßiger, die intravenöse von 0,05 von außerordentlich heftiger Allgemeinreaktion gefolgt. Neben hohem Fieber und starker Schmerzhaftigkeit des kranken Auges war die Somnolenz des kleinen Pat., die durch über 24 Stunden anhielt, für die Stärke derselben bezeichnend. Nach dreiwöchiger Beobachtung, während welcher Pat. ohne Therapie blieb, entstehen am Rande der Narbe zwei kleine Erosionen, die sich zu seichten Geschwürchen vertiefen und als Wiederaufflackern des Prozesses gedeutet werden. Durch zwei intravenöse

Digitized by Google

Luetininjektionen von 0,025 und 0,1 Verheilung derselben. Die abermals einsetzende Allgemeinreaktion war diesmal von viel geringerer Intensität und äußerte sich nur in Temperaturen gegen 38°.

Endlich sei noch als fünfte Beobachtung ein Fall angeführt, bei dem es sich um ein Inokulationsgumma am Vorderarm handelte, das auf intrakutane Luetininjektionen zweimal verheilt war, um nach einiger Zeit zu rezidivieren. Da Pat. schon auf intrakutane Luetininjektion sehr stark reagierte, wurde sie zwecks intravenöser Luetininjektion in die Klinik aufgenommen.

O., Dr., 37 Jahre alt, Journ.-Nr. 23496. Status praesens vom 13. VII. 1922. Ungemein charakteristisches, kronenstückgroßes gummöses Geschwür mit derbem, braunrotem Rand am rechten Unterarm an der Inokulationsstelle vom 19. XII. v. J. WR positiv. — 13. VII. 10 Uhr a. m. Luetin 0,05 intravenös. Um allfällig eintretende, durch zufällige Verunreinigungen des Extraktes bedingte Nebenwirkungen auszuschalten resp. zu erkennen, injizierte ich mir als Kontrolle Luetin 0,2 intravenös, ohne daß es zu irgend welchen Reaktionen gekommen wäre. Meine Abendtemperatur betrug 36,3. — Bei der Pat. stellte sich nachmittags Fieber ein (um 5 Uhr 37°), starker Schüttelfrost. 6 Uhr Temperatur 39°, 8 Uhr 40,1°. Starke Schmerzen im rechten Arm und im Kopf. — 14. VII. In der Früh Erbrechen. Temperatur 36.7. Abgeschlagenheit. Abends Wohlbefinden. Auf Wunsch der Pat. Entlassung. — 18. VII. Das Ulkus rein, die Ränder abgeflacht, der Substanzverlust ausgefüllt und zur Hälfte überhäutet.

Die wiedergegebenen Krankengeschichten von vier tertiären Fällen und einer Lues hereditaria zeigen, daß bei allen durch die intravenöse Luetininjektion mehr oder weniger starke Reaktionen allgemeiner Art wie am Krankheitsherd ausgelöst wurden. Dieselben hielten sich bei zwei Fällen in durchaus mäßigen Grenzen, stiegen aber bei den drei übrigen zu ganz bedeutender Intensität an, indem hohes Fieber, Abgeschlagenheit und Kopfschmerz, in einem Falle auch Erbrechen beobachtet wurde. Bei allen Fällen trat nach wenigen oder auch nur einer Injektion eine gewisse Heilungstendenz zutage, die besonders in den Fällen 3 und 4 als eine ganz auffallend rasch einsetzende bezeichnet werden muß; überdies kamen hier gummöse Affekte von nicht unbedeutender Ausdehnung in der kurzen Zeit von 11 bzw. 19 Tagen zur Heilung. Leider konnte bei den anderen Fällen die Luetininjektion nicht fortgesetzt werden, doch waren auch sie beim Abbrechen der Behandlung weitgehend gebessert. Die Dauer des Heilungseffektes konnte bei einem der Fälle durch vier Wochen beobachtet werden; beim zweiten kam es nach drei Wochen am Rande der Narbe zur Rezidive, die durch zwei weitere Luetininjektionen abermals abheilte; dann wurde aus begreiflichen Gründen mit Neosalvarsan begonnen. Nach dem Gesagten kann festgestellt werden, daß die intravenösen Luetininjektionen im Prinzip die gleichen Reaktionen bei tertiärer Lues auslösen wie die intrakutanen. Es kommen auch hier Herdreaktionen subjektiver und objektiver Art, Heilungen bestehender Affekte und auch Rezidiven zur Beobachtung, ganz wie es nach den intra- und subkutanen Injektionen gesehen wurde. Dies erscheint hinsichtlich unserer Auffassung über das Zustandekommen der eigenartigen immunbiologischen Verhältnisse bei tertiärer Syphilis vielleicht nicht ohne Interesse. Daß der Haut im Verlauf der Lues vielfach und wohl mit Recht eine gewisse

Digitized by Google

Bedeutung für das Entstehen oder Ausbleiben der spontanen Körperabwehr gegen den Erreger zugeschrieben wird, wurde oben an einigen Beispielen zu zeigen versucht. Für die tertiäre Lues schien diese Betrachtungsweise ganz besonders naheliegend, da, abgesehen von allen anderen Momenten, bei ihr die weitgehende Änderung der Immunitätsverhältnisse im Organismus gegenüber anderen Stadien durch die Ergebnisse der intrakutanen Luetininjektionen sinnfällig gemacht wird, so daß auch die danach beobachteten therapeutischen Wirkungen, als unter dem Einfluß oder der Mitwirkung gewisser Hautfunktionen zustande gekommen, gedacht werden konnten. Nun zeigt sich, daß durch intravenöse Luetininjektion, also unter Umgehung der Haut, die gleichen Effekte ausgelöst werden können. Und wenn diese eine Tatsache natürlich die Zusammenhänge, die zwischen Luesverlauf und Hautfunktion tatsächlich zu bestehen scheinen, trotzdem deren Art selbst ja noch ganz hypothetisch ist, nicht widerlegt, so weist sie andererseits doch darauf hin, daß hier neben zellulären auch, wenn der Ausdruck erlaubt ist, humorale Vorgänge eine Rolle spielen. Freilich ist auch durch diese Feststellung nicht viel gewonnen. Sie ist nur ein neuer Beleg für die alte Erkenntnis, wie kompliziert und verwickelt die Immunitätsverhältnisse bei der Syphilis liegen und wie selbst das Studium eines kleinen Ausschnittes aus diesem komplexen Gebiet neue Fragen aufwirft, ohne sie lösen zu können.

Der Umstand, daß die nach intravenöser Luetininjektion beobachteten Reaktionen in ihrer Stärke die nach intrakutanen Injektionen einsetzenden wesentlich übertrafen, ließ es möglich erscheinen, daß auch bei Fällen des Sekundärstadiums, das sich gegen intrakutane Luetininjektion vollkommen refraktär erweist, solche ausgelöst werden konnten. Die zur Beantwortung der Frage geeignete Versuchsanordnung schien die, latente Fälle auf die Möglichkeit, bei ihnen eine Provokation der WR hervorzurufen, zu prüfen.

Von zehn untersuchten Fällen war die Lues sechsmal zwei Jahre, dreimal vier Jahre und einmal acht Jahre alt; die letzten Behandlungen lagen wenigstens ein Jahr, nur bei einem Fall ein halbes Jahr zurück. Da sich nach den ersten tastenden Dosen von 0,1 Luetin intravenös nie irgend welche Störungen im Allgemeinbefinden oder Temperaturerhöhungen einstellten, wurden später in der Regel drei Injektionen von 0,2, 0,4 und 0,8 intravenös gegeben. Bei neun der Fälle konnte bei wiederholter Kontrolle und Fortsetzung der Beobachtung durch wenigstens 14 Tage, meist aber 1—2 Monate nach der letzten Injektion ein Umschlag der WR nicht beobachtet werden. Es wird deshalb von der Wiedergabe der einzelnen Protokolle Abstand genommen.

In einem Falle St. A., Prot.-Nr. 774, Journ.-Nr. 1461, einer Pat. mit zwei Jahre alter Lues, die nach zwei Kuren abermals wegen einer schankriformen Papel oder Reinfektion (positiver Spirochätenbefund, negative WR) im Juli 1921 eine dritte Kur durchmachte und seither immer negative WR aufwies, hob sich die WR zwei Tage nach der intravenösen Luetininjektion von 0,3 auf schwach positiv, um nach drei Tagen wieder negativ zu werden und es unter weiteren Luetininjektionen auch zu bleiben. Es darf also hier wohl eine unspezifische, mit der Luetinapplikation nicht in Zusammenhang stehende Reaktion angenommen werden.

Digitized by Google

Desgleichen war bei keinem der Fälle eine auch nur leichte Allgemeinreaktion festzustellen; die Temperaturen waren nach den Injektionen nie erhöht, ebensowenig wurde über Kopfschmerz oder sonstige Beschwerden geklagt.

Demgegenüber sei folgende Beobachtung angeführt: eine Pat., die 1906 an gummöser Lues erkrankt war und, seit dem Jahre 1920 wiederholt untersucht, stets WR negativ reagierte und auch durch eine vor Jahresfrist vorgenommene, subkutan mit hohen Dosen versuchte Luetinprovokation keinen Umschlag der WR darbot, zeigte auf eine jetzt verabfolgte intravenöse Luetininjektion von 0,1 abends Fieber bis 38,5, eine Woche später positive WR und Persistenz derselben während einer viermonatigen Beobachtung.

Der Fall bietet ein gewisses Interesse einerseits durch die Gegenüberstellung mit den Latenzfällen des Sekundärstadiums, indem hier auf nur eine intravenöse Luetininjektion von 0,1 nicht nur Fieber, sondern auch prompter Umschlag der WR eintrat, während dort vielfach höhere Dosen ohne irgend welche Wirkung blieben. Dann aber auch deshalb, weil eine vor Jahresfrist erfolgte Luetinprovokation in Form subkutaner Injektionen von im ganzen 7 ccm ergebnislos verlief. Besonders der Unterschied in der Höhe der Dosen läßt — soweit eine Einzelbeobachtung ein Urteil gestattet — es wahrscheinlich erscheinen, daß für die Provokation der WR im Tertiärstadium die intravenöse Luetinapplikation das wirksamere Verfahren darstellt.

Diese Mitteilung über die allerdings noch geringen Erfahrungen mit intravenösen Luetininjektionen soll nicht geschlossen werden, ohne darauf hinzuweisen, daß auch durch sie erhellt, daß das tertiäre Stadium der Lues (auch das der hereditären) von den übrigen prinzipiell durch seinen an den biologischen Reaktionen deutlich erkennbaren eigenartigen immunbiologischen Zustand verschieden ist. Vorläufig scheint dieser Unterschied nicht nur ein quantitativer, sondern auch ein qualitativer zu sein. Vielleicht werden feinere biologische Reaktionsmethoden der Zukunft auch hier fließende Übergänge zwischen beiden Stadien, die sich derzeit noch unvermittelt gegenüberstehen, erkennen lassen und einen besseren Einblick in die Entwicklung der Immunvorgänge der Lues, von welcher die so vielgestaltige Pathologie derselben letzten Endes bestimmt wird, gewähren. Ob durch die geschilderten therapeutischen Versuche mit Luetin eine Grundlage gegeben ist, auf der eine praktisch bedeutungsvolle Verbesserung der Luesbehandlung erzielt werden kann in dem Sinne, daß vielleicht derzeit schwer beeinflußbare Formen durch Heranziehung oder Steigerung der Organabwehr der medikamentösen Behandlung leichter zugänglich werden, wird die Zukunft lehren. Eine weitere Verfolgung der Spur scheint immerhin vorzuliegen.

Digitized by Google

Aus der Universitäts-Hautklinik zu Gießen (Direktor: Prof. Dr. Jesionek).

Schädigungen der Niere und der ableitenden Harnwege durch Wismut.

Von

Dr. W. Engelhardt.

Das größte Bedenken gegen die Einführung der Wismuttherapie waren die in der Literatur beschriebenen Schädigungen der Nieren nach oraler oder parenteraler Zufuhr. Die experimentellen Untersuchungen stammen zumeist aus einer Zeit, in der auf chemische Reinheit des Mittels kein allzu großes Gewicht gelegt wurde. Die Ergebnisse sind daher mit großer Vorsicht zu verwerten, besonders da ein Teil der unangenehmen Nebenerscheinungen den Beimengungen von Arsen, Tellur, Phosphor und anderen Stoffen zugeschrieben werden konnte. Inwieweit dem Wismut als solchem eine schädigende Wirkung zukommt, darüber gibt erst die Einführung der Wismutpräparate in die Luestherapie und die im Anschluß hieran unternommene eingehendere Prüfung der chemisch reinen Wismutpräparate im Tierversuch Aufschluß.

So beobachtet Escher (1) bei seinen mit Wismut behandelten Patienten das Auftreten von Albuminurien in 15%, Richter (2) in 8% und Rosenberg (3) und Perdelwitz in 1%. Während die beiden letzten Untersucher die Gutartigkeit der Albuminurien betonen und auf die unbekannte Bedeutung dieser Nephrosen hinweisen, konnte Escher die schwerere Beeinflußbarkeit der Nierenschädigung in 4 seiner Fälle feststellen. Gutmann (4) findet unter 44 mit Nadisan behandelten Kranken nur bei 1 Albuminurie, Mühle (5) bei 2 Patienten Nierenzylinder und Albuminurie. R. Neuendorff (6) dagegen stellt unter 43 mit Bismogenol behandelten Fällen zweimal schwerste Nierenschädigungen mit granulierten Zylindern und Erythrozyten und zweimal Funktionsstörungen im Sinne einer ungenügenden Konzentrationsfähigkeit fest. Von Felke (7) wird als Nierenschädigung eine Ausschwemmung von Epithelien beobachtet, die der Albuminurie vorangehen soll. Von F. Dietel (8) wird dieser Epithelurie keine Bedeutung beigemessen. Er. Hoffmann (9) und H. Th. Schreus finden unter 60 mit Mesurol behandelten Fällen viermal pathologische Formelemente im Harn. Mario Artom (10) konnte außer vorübergehender leichter Albuminurie keine nachteiligen Begleiterscheinungen der Bi-Behandlung der Lues feststellen. Prater (11) hebt die relative Ungiftigkeit des Bismogenols hervor. Er beschreibt einen Fall, dem irrtümlicherweise zweimal 10 ccm innerhalb 3 Tagen intraglutäal injiziert wurden. Die aufgetretenen Nierensymptome (¼‰ Albumen nach Esbach) klingen schnell ab. Auch Alfred Holländer (12) glaubt nach Beobachtungen an seinen mit Wismut behandelten Patienten der Nierenfunktion erhöhte Aufmerksamkeit schenken zu müssen; er hat wie Neuendorff Gelegenheit, schwerere Fälle von Nierenschädigungen zu beobachten,

Digitized by Google

die zum Teil mehrwöchiger Bettruhe und Milchdiät zur Genesung bedurften. H. Bossch (13) sieht in der Remanenzzeit keine Verschlimmerung der Nierensymptome, wie das vom Quecksilber bekannt ist; er schließt daraus, daß die Remanenz des Wismuts im Organismus keine weiteren Gefahren mit sich bringt. Nicolas, Massia, Gaté (14) beobachten Albuminurien nur bei höheren Wismutdosen; diese sind nach Ansicht der Untersucher jedoch unbedingt zur „Sterilisation" notwendig; sie sehen daher in dieser schädlichen Noxe ein Hindernis für die Allgemeinanwendung. Wegen der Nebenerscheinungen (Albuminurie, Stomatitis, Anämie) konnte L. Caccioppo (15) von 8 mit Trepol eingeleiteten Kuren nur zwei zu Ende führen. Smechula (16) beobachtet in fast allen mit verschiedenen Wismutpräparaten behandelten Fällen eine Nierenschädigung im Sinne einer Zylindrurie; Eiweiß konnte jedoch nur in einem einzigen Falle nachgewiesen werden; die renalen Elemente waren meist 8—14 Tage nach Beendigung der Kur nicht mehr nachweisbar.

Eine echte akute Nephritis nach Darreichung von „Airol" ist Gegenstand einer Veröffentlichung von A. Nadel (17). Schon nach der 2. Injektion tritt die Nierenschädigung auf, und zwar mit Ödemen als auffallendem Merkmal. Es ist dies der einzige mir bekannte Fall, bei dem durch Wismut eine derartige mit Ödemen einhergehende Funktionsstörung der Niere verursacht wurde. „Airol" ist Bismutum oxyjodogallicum. Es wurde von Nadel in 12%iger Suspension intramuskulär gespritzt. Man muß wohl annehmen, daß es sich hier entweder um eine Überdosierung oder um eine besonders starke Giftigkeit des verwandten Präparates handelt, da nach Ablauf der Nephritis ein intravenös verabfolgtes Bi-Präparat (Luatol) anstandslos vertragen wurde. Das dann wieder zweimal versuchte Airol führte nach jedmaliger Anwendung wieder zu Nierenschädigungen.

Nur wenige Untersucher betonen eine ausgesprochen gute Verträglichkeit für die Nieren. So sprechen sich von französischen Autoren Hudelo, Rabut (18) und Milian (19) im günstigen Sinne aus. Guszmann und Pogany (20) beobachten bei Anwendung des „Bismoluol Richter" (Dikalium bismutotartaricum) im Gegensatz zum Trepol keine Albuminurien; ebensowenig berichten Machado (21) und Arêa Leite bei 1000 Injektionen von kolloidalem Bi-Sulfid über irgend welche Nierenschädigungen.

Die Wismutbehandlung der Lues zog eine Prüfung der modernen Bi-Präparate im Tierversuch nach sich. Das Augenmerk richtete sich vorwiegend auf evtl. Schädigung der Nieren.

Schon vor Beginn der Levaditischen Bi-Publikationen machte Day (22) Versuche am Menschen mit intravenösen Wismutinjektionen in Form von Liq. bism. et ammon. citrat. (9% Wismutzitrat). Neben Erbrechen und Durchfall wurde überraschenderweise ausgiebige Diurese beobachtet; in anderen Fällen traten Nierenentzündungen mit bis zu 3% Eiweiß und hyalinen und granulierten Zylindern auf; es folgte jedoch baldigste Wiederherstellung. Auf Grund der diuretischen Wirkung wurden einem Nephritiskranken 1,5 ccm intravenös gegeben, mit dem Erfolg einer reichlichen Diurese und Besserung des Allgemeinbefindens. Bei einer chronischen Nephritis trat keine Änderung ein. Eine Verschlimmerung trat nach Spack (23) bei einem chronischen Nephritiker nach Trepol ein; die geringgradige Albuminurie steigerte sich auf 17‰.

Digitized by Google

Nach Blum (24) ist eine Albuminurie nach parenteraler Bi-Einverleibung als selten zu bezeichnen. Er schildert einen Fall, bei dem nach 0,3 Bi (Trepol) schwerste Stomatitis und Albuminurie mit epithelialen, granulierten und hyalinen Zylindern aufgetreten und erst nach 20 Tagen geschwunden ist. Die Zusammenstellung der histologischen Befunde an geschädigten Hundenieren zeigt laufende Übergänge von leichtester Zellschädigung einiger Kanäle bis zur völligen Zerstörung der Tubuli contorti. Da die mit Nekrose einhergehenden Erscheinungen bei den Versuchstieren immer mit Schädigungen der Mund- und Darmschleimhäute verbunden waren, schließt Blum, daß für das Auftreten von Albuminurien immer eine Schädigung der Schleimhaut des Verdauungstraktus notwendig sein müsse; die Wismutimprägnation desselben verhindere die Ausscheidung des Wismuts durch den Darm, führe zur Überlastung der Niere und begünstige so eine Sekundärinfektion. Eine traumatische Schädigung der Nieren ohne Schädigung der Darmschleimhäute komme erst in letzter Linie in Frage.

Eingehende Untersuchungen an Mensch und Tier veröffentlichen Kollert, Strasser und Rosner (25); das benutzte Präparat war das Trepol. Sie fanden unter 39 Fällen Albumen nur selten, dagegen bei 27 Patienten pathologische Formbestandteile. Nach 10—12 ccm Trepol (1,0—1,2 g met. Bi) fanden sie kleine polygonale, feingranulierte Epithelien und vereinzelte ausgelaugte Erythrozyten. Der Sedimentbefund blieb wochenlang nach Aussetzen der Therapie, ohne daß Ödeme, Blutdruckänderungen oder Funktionsstörungen beobachtet werden konnten. Die Versuche an Tieren ergaben dieselben Befunde; bei Überdosierung folgte Oligurie. Die histologischen Untersuchungen zeigten feinkörnige Trübung, Schwellung und Abstoßung der Epithelien in den Tubuli contorti I. Ordnung, also Bilder wie bei der Sublimatnephrose. Als Bezeichnung für die Erkrankung wird der Name Nephropathia bismutica vorgeschlagen.

Lucke, Baldwin und Klauder (26) konnten an mit Wismut behandelten Kaninchen feststellen, daß bei der Wismutintoxikation nicht wie beim Salvarsan die Leber, sondern ähnlich wie beim Quecksilber die Niere betroffen ist; die Schädigungen dieses Organes erstrecken sich auf das Epithel der Tubuli contorti, an dem alle Degenerationsstufen beobachtet werden konnten; die Glomeruli selbst schienen primär nie geschädigt zu sein.

Rathery und Richard (27) haben ihre experimentellen Untersuchungen mit Injektionen von Jodchininwismut (Quinby) und Wismuthydroxyd an Hunden vorgenommen. Die Wirkung auf die Nierenfunktion sei gering; histologisch können sie keine Schädigung feststellen. 16 Patienten haben das Wismut ohne Schädigung der Niere vertragen, selbst wenn diese vorher erkrankt war. Trotzdem empfehlen sie eine strenge Urinkontrolle bei Wismutkuren.

Fassen wir die vorliegenden Veröffentlichungen zusammen, so können wir sagen: Unter den bei der Wismutbehandlung beschriebenen Nebenerscheinungen nehmen die Schädigungen der Nieren fast bei jedem Untersucher größeren oder kleineren Raum ein. Während von den meisten Autoren die Schädigungen als gutartig bezeichnet werden, sehen andere in dieser unerwünschten Nebenwirkung ein Hindernis für die

Digitized by Google

Allgemeinanwendung des Wismuts, obwohl echte Nephritiden zu den größten Seltenheiten gehören. Nur wenige betonen die gute Verträglichkeit einzelner Wismutpräparate für die Nieren. Die Schädigungen geben fast nie Anlaß zur Unterbrechung der Kuren; jedoch wird eine sorgfältige auf Eiweißuntersuchung und Sedimentbefund sich erstreckende Urinkontrolle von allen Untersuchern verlangt oder empfohlen. Die Frage, ob die durch die Wismutausscheidung immerhin stark beanspruchte Niere während der Remanenzzeit anderen Schädlichkeiten gegenüber (Infektionen, Giften) eine verminderte Widerstandsfähigkeit bietet, wird im negativen Sinne beantwortet.

(Schluß folgt.)

Versammlungen.

Wissenschaftliche Ärztegesellschaft Innsbruck.

Sitzung vom 5. Dezember 1924.

R. Untersteiner (Klinik Mayer): **Über eine neue Anwendung der Meinicke-Reaktion in der Liquordiagnostik.** Zur Verwendung gelangen die Originalbalsamextrakte (Adler-Apotheke Hagen, Westfalen), wie bei der Trübungsreaktion Meinickes im Serum. Die Reaktion wird folgendermaßen ausgeführt: 1 ccm Extrakt wird mit 5 ccm einer 1%igen Kochsalzlösung rasch gemischt, nachdem vorher beide Flüssigkeiten im Wasserbade auf 45° erwärmt wurden. Sofort nach der Mischung werden 0,5 ccm dieser nunmehr milchig getrübten Extrakt-Kochsalzmischung mit 0,5 ccm Liquor (aktiv) zusammengebracht, gut durchgeschüttelt. Weiterer Verlauf bei Zimmertemperatur. Ablesung 20—30 Minuten, spätestens 1 Stunde nach Reaktionsbeginn im Dunkelfeld, wie bei der von Dohnal (Derm. W., 1923, Nr. 34) angegebenen Meinicke-Mikromethode. Bei den positiven Reaktionen ist eine deutliche „Flocken"-Bildung zu sehen, die negativen Reaktionen zeigen vollkommen gleichmäßig verteilte kleinste Teilchen. Man liest am zweckmäßigsten bei einer 50—100fachen Vergrößerung ab. Die Verwendung eines sicher negativen Kontrolliquors ist angezeigt. Zentrifugiert man die Röhrchen 1 Stunde nach Reaktionsbeginn 1 Minute bei 2000 Umdrehungen, so zeigen die positiven Reaktionen eine Aufhellung der Flüssigkeit bis zur wasserklaren Durchsicht über der an der Gläschenkuppe abgesetzten, mehr oder minder starken Flockung. Die negativen Reaktionen bleiben gleichmäßig getrübt. Die Zentrifugiermethode bringt ganz schwach positive Reaktionen weniger deutlich zur Darstellung als die Dunkelfeldmethode. Läßt man die Röhrchen etwa 2 Stunden, vom Reaktionsbeginn an gerechnet, bei Zimmertemperatur stehen, so zeigen die positiven Reaktionen eine entsprechend der Stärke des Reaktionsausfalls mehr oder minder intensive Flockung bzw. Sedimentierung, die negativen bleiben gleichmäßig getrübt. Es wurden bisher 118 Liquors, die von den verschiedensten Erkrankungen des Zentralnervensystems stammten, untersucht. Übereinstimmung mit der WR in 97%. Drei malariabehandelte Paralysen und eine Tabes dorsalis zeigten positive Liquor-Meinicke-Reaktion und negative WR.

H. Dohnal: **Meinicke-Mikroreaktion (klinische und methodische Erfahrungen).** Die Mikromethode der MTR wurde vom Vortragenden im Sommer 1923 angegeben (Derm. W., 1923, Nr. 34). Sie wurde an der Kinderklinik bisher an über 1600 Seren geprüft. Die Resultate waren durchaus günstig. Zum Teil sind sie bereits durch Niederwieser kurz veröffentlicht (W. kl. W., 1924, Nr. 39) und decken sich, bei einer etwa 800 Fälle umfassenden Vergleichsreihe mit der WR, völlig mit den zahlreichen diesbezüglichen Erfahrungen der Original(Makro)-Methode. Bisher nicht bekannt gegeben sind Resultate der MTR bei Kindern und Säuglingen. Versuche an 420 Patienten der Klinik, darunter eine erhebliche Zahl junger Säuglinge, zeigten, daß die MTR auch in diesem — serologisch in manchen Punkten abweichenden — Lebensalter mindestens ebenso anwendbar ist wie beim Erwachsenen. Trotzdem die untersuchten Kinder zu erheblichem Teile schwer krank waren, wurden nur zwei möglicherweise unspezifische positive Reaktionen gesehen (bei schwerer Tuberkulose). Anamnestisch sichere kon-

Digitized by Google

genitale, latente Lues wurde gelegentlich bei Versagen der WR durch die MTR angezeigt. Ebenso WR-negative, latente Lues bei Müttern kongenital luetischer Säuglinge. Methodisch bleibt die ursprünglich angegebene Melangeurmethode die genaueste bei mancherlei sonstigen Vorzügen. Ihr Nachteil ist der hohe Preis und die zeitraubende Reinigungsarbeit. Niederwieser gab eine Approximativmethode an, welche sich zum Abmessen des Serums und der Extraktverdünnung der schon benützten Blutentnahmekapillare bedient. Sie ist in Einfachheit unübertroffen, doch sind ihre Fehlergrenzen auch nicht annähernd feststellbar. Da einschlägige Versuche die Wichtigkeit genauer Mischungsverhältnisse zeigen, versuchte Vortr. die Methode genauer zu gestalten (Verwendung besonders ausgesuchter, neuer Kapillaren zum Abmessen, Ersatz des Augenmaßes durch Diagramm). Meinicke selbst hat ein Ösen-Mischverfahren für die Mikromethode am Naturforschertag gezeigt. Die Mikromethode eignet sich durch ihre exakt festlegbaren Ablesungsresultate besonders gut zum Studium der Reaktionsbedingungen bei der MTR. Es wurde für manche Sera eine hochgradige Temperaturempfindlichkeit der Reaktion festgestellt, ferner die Abhängigkeit derselben von Serummenge und Nachtrübungsgrad genauer verfolgt. Die gefundenen Abhängigkeiten werden durch entsprechende Mikrophotogramme belegt. H. Krösl-Innsbruck.

Referatenteil

redigiert von Dr. Marie Unna, Hamburg-Bergedorf.

Fachzeitschriften.

Dermatologische Zeitschrift.

1924, Bd. 42, H. 3/4.

Zur Frage der lichen-ruber-artigen Salvarsanexantheme und Psoriasis vulgaris nach Salvarsandermatitis, von J. Klaar und R. Rosner, Univ.-Hautkl. Wien. S. 127. Auf Grund der Beobachtung zweier Fälle kommen die Verff. zu der Auffassung, daß lichenoide bzw. lichen-ruber-artige Salvarsandermatitiden auftreten können, daß aber in den Fällen, bei denen sich typische Effloreszenzen von Lichen ruber planus entwickeln, ein unter besonderen Umständen zustande gekommener Lichen ruber planus vorliegt. Diese Ansicht fanden die Verff. durch 4 Fälle bestätigt, in denen nach überstandener Salvarsandermatitis Exantheme auftraten, die klinisch und histologisch der Psoriasis vulgaris glichen. Wahrscheinlich hat die durch die schwere Dermatitis veränderte Haut das Haften des ubiquitären Psoriasisvirus ermöglicht, oder das Salvarsan hat eine latent vorhandene Psoriasis provoziert.

Beitrag zur Recklinghausenschen Krankheit (Mißbildungen am Auge, besonders die markhaltigen Nervenfasern der Netzhaut), von H. Fischer, Univ.-Hautkl. Köln. S. 143. Unter 12 Fällen von typischem und sicherem Recklinghausen wiesen 9 einen abnormen Augenbefund auf. Viermal fanden sich markhaltige Nervenfasern auf der Netzhaut, zweimal Konusbildung und markhaltige Nervenfasern, einmal eine Arteria hyaloidea persistens und zweimal ein äußerst stark pigmentierter Hintergrund. Daraus ergibt sich die Folgerung, auf Augenanomalien bei Recklinghausenscher Erkrankung zu achten, ferner auf Grund des Vorhandenseins von markhaltigen Nervenfasern, Konus usw. den ganzen Menschen, vor allem die Haut auf Zeichen angeborener Entwicklungsstörungen zu untersuchen. Auf diese Weise könnten zahlreiche Fälle mit unklarer Ätiologie als Recklinghausensche Erkrankung erkannt werden, ohne daß sie alle oder die meisten klassischen Symptome aufzuweisen brauchen. Verf. sieht in der Recklinghausenschen Krankheit eine universelle Genodermatose im Sinne Meirowskys, bei der die Erbeinheiten, die zum Aufbau des Ektoderms verwandt werden, in verschiedenem Maße Störungen zeigen können, aus denen je nach Grad und Art der Veränderungen die typischen und die sog. abortiven Fälle hervorgehen.

Leberfunktionsproben bei Lues und ihre Bedeutung zur Verhütung von Salvarsanschäden, von M. Wolf, Derm. Abt. Allg. Polikl. Wien. S. 169. Verf. hat 100 Patienten aller Luesstadien auf Bilirubin nach der Methode von Vogl und Zins und auf Urobilinogen bzw. Urobilin untersucht und dabei häufig Funktionsstörungen der

Digitized by Google

Leberzellen konstatieren können. Das größte Kontingent an positiven Befunden stellen unbehandelte oder schlecht behandelte latente Luesfälle. Die Leberveränderungen brauchen dabei nicht spezifisch zu sein, sondern können dystrophischer Natur infolge der allgemein luetischen Körperschädigung sein. Hg-, Bi- oder Salvarsan-Injektionen üben keinen wesentlichen Einfluß auf den Ausfall der Reaktion aus. War von Anfang an die Reaktion positiv, so trat besonders nach Neosalvarsan eine Zunahme ein, die bis zum Ende der Kur unverändert blieb. In einzelnen Fällen wurde die Reaktion nach Salvarsan positiv, klang aber rasch wieder ab. Trotz positiver Befunde stellte sich niemals im Verlauf einer Kur ein Ikterus ein. Nur in zwei Fällen wurde Spätikterus beobachtet, trotzdem die Reaktion auf Bilirubin und Urobilin während der Kur negativ war. Der positive Ausfall der Reaktionen bedeutet somit keine Indikation zur Unterbrechung der Kur.

Ein Fall von Pemphigus foliaceus nebst Bemerkungen über die Todesursache bei Pemphigus, von A. Eliassow u. A. Sternberg, Derm. Univ.-Kl. Frankfurt a. M. S. 187. Die Erkrankung begann im April 1922 mit einer lokalen Affektion in der Umgebung des Nabels. Mitte November bildeten sich an verschiedenen Körperstellen rote Erhabenheiten, aus denen sich rasch Blasen entwickelten. Dieser Pemphigus vulgaris ging im April 1924 in einen Pemphigus foliaceus über, dem Pat. am 14. XI. erlag. Sämtliche therapeutischen Maßnahmen (Salvarsan, As innerlich, Wismut, Verwandtenserum, Trypaflavinpinselungen, Teer) waren erfolglos. Dauerbäder schufen vorübergehend Erleichterung. Bei der Sektion wurde als einziger auffallender Befund eine Nebennierentuberkulose aufgedeckt, der die Verff. jedoch keine ätiologische Bedeutung beimessen. Die Ansicht von Arning, daß die Pemphiguskranken stets an Sepsis zugrunde gehen, besteht nicht zu Recht. Die Sektionsbefunde sind meist negativ. Häufig sterben die Pat. an pneumonischen Prozessen, die mit dem Grundleiden in keinem unmittelbaren Zusammenhang stehen.

1924, Bd. 42, H. 5.

Über Neosalvarsanbehandlung des Lupus vulgaris, von S. C. Beck-Pécs. S. 253. In drei Fällen lag Lues und Tuberkulose, in fünf Fällen nur Hauttuberkulose vor. Die Behandlung erfolgt mit normalen Einzeldosen, und zwar so lange, bis kein weiterer Fortschritt der Besserung mehr wahrzunehmen ist. Die einfachste flache Form des Lupus mit kutanen Knötchen, ohne Wucherung und Ulzeration, ist für Neosalvarsanbehandlung nicht geeignet. Nur die Formen des Lupus, die Neigung zur Wucherung mit tiefer entzündlicher Granulombildung und die Tendenz zu Ulzeration zeigen, sprechen gut auf Neosalvarsan an. Neosalvarsan führt das Granulationsgewebe zu rascher Resorption, es begünstigt die Bildung atrophischer Herde und erleichtert die Narbenbildung über den Ulzerationen. Zur vollständigen Heilung wird wie bisher die lokale Behandlung (Strahlen, Thermokauter und Pyrogallol) herangezogen werden müssen.

Ein Fall von präkanzeröser Dermatose Bowen, von R. Back-Wien. S. 266. Der 44 Jahre alte Pat., sonst völlig gesund und kräftig, wies an der Hinterfläche der rechten Schulter zahlreiche braunrote, derbe, halbkuglige, warzenförmige Knötchen von Stecknadelkopf- bis Erbsengröße auf. Die größte Zahl der Knötchen war zu annulären und serpiginösen Figuren konfluiert und mit festhaftenden, serösen Krusten bedeckt. Die umgebende Haut war teils normal, teils braunrot pigmentiert und atrophisch gefältelt. Histologisch fanden sich meist kolbenförmige, seltener zapfenförmige, verästelte Wucherungen des Rete. Die Akanthose erreichte in älteren Effloreszenzen bis zu 30 Zellagen. Der Papillarkörper ist stark komprimiert, fehlte teilweise ganz. Die Grenzlinie nach dem Korium ist nirgends unterbrochen. Die Retezellen scheinen eine stärkere Avidität zu sauren Farbstoffen zu besitzen. Die Epithelzellen liegen regellos nebeneinander, Form und Größe der Zellen sind sehr divergent. Zahlreiche Zellen sind vakuolisiert. Die Kerne sind stark ödematös, rundlich, wurzelförmig oder biskuitförmig, bisweilen von unregelmäßiger Form. Neben Kernmembran und Chromatinresten sieht man 1, 2 oder 3 vergrößerte Kernkörperchen. An einzelnen Stellen finden sich Riesenzellen mit 8—12 zentral gelegenen Kernen, die wohl durch amitotische Teilung entstanden sind, andererseits sieht man monströse, polyzyklische und polyedrische Kerngebilde, die von einer Vakuole umschlossen sind. Dort wo die Reteschicht am stärksten gewuchert ist, fehlt die Körnerschicht völlig. Die Stachelzellenschicht geht daselbst ohne Grenze in die stark hyper- und parakeratotische Hornschicht über. An anderen Stellen steigt die Verhornung tief in die Retezapfen hinab. Die Hornschicht ist stark vergrößert und in lamellöser Auffaserung. Im Rete finden sich zahlreiche Mitosen.

Digitized by Google

Zosteriforme Pigmentierung nach Schußverletzung, von F. Falkenstein-Köln. S. 275. Der jetzt 33jähr. Pat. wurde im Jahre 1916 durch einen Gewehrschuß, der 5 cm distal der linken Spina iliaca ant. sup. eindrang und in Kreuzbeinhöhe 6 cm von der Mittellinie entfernt den Körper verließ, verwundet. Ein Jahr später bemerkte er am oberen Drittel der Streckfläche des linken Oberschenkels braune Flecken, die streifenförmig gruppiert sind. Von diesem Herd zieht ein schmälerer Streifen von Pigmentflecken über die ganze Außenfläche und läuft über der Trochanterengrube in eine handtellergroße, rundliche Gruppe von Flecken aus. 8 cm unterhalb des Einschusses liegt eine kleinere Ansammlung von Flecken. Schließlich zieht sich ein Streifen von der Trochanterengrube abwärts zur Glutäalfalte. Die Flecke der Trochanterengrube und der Außenfläche sind stark nävusähnlich behaart, die der Streckfläche des Oberschenkels weisen eine leichte Vermehrung der Haare auf, während die analogen Stellen des rechten Beines nur sehr gering behaart sind. Die Sensibilität ist nicht gestört, die Sehnenreflexe sind normal. Die Schweißsekretion ist an den betreffenden Stellen gesteigert, ebenso der pilomotorische Reflex und der Dermographismus. Der Schußrichtung nach ist anzunehmen, daß der N. cutaneus femoralis verletzt worden ist und mit ihm sympathische Fasern.

Über einen Fall von Lichen ruber mit bemerkenswerter Schleimhautbeteiligung, von F. Zerkowitz, II. Abt. f. Haut- u. Geschlechtskrkh. Allg. Krkh. Wien. S. 282. Kasuistische Mitteilung. Über den ganzen Stamm und die Extremitäten verbreitet typische Lichen-ruber-Knötchen, außerdem auf der Mucosa oris einzelstehende und konfluierte Knötchen. Auf der Zunge vereinzelte Effloreszenzen. An der Innenseite der Labia majora bis auf die Innenseite der Labia minora übergreifend mehrere konfluierte Herde von Linsen- bis Daumennagelgröße. Vagina und Anus sind frei. Durch histologische Untersuchung einer Effloreszenz aus dem Labium majus wurde die Diagnose bestätigt. Auf der Schleimhaut des Trigonum vesicae fanden sich mehrere, isolierte, elevierte Knötchen von braunroter Farbe, die wahrscheinlich auch lichenoider Natur waren.

Über die Eigeneiterbehandlung der Ulcus-molle-Bubonen, gleichzeitig ein Versuch zur Erklärung der Wirkungsweise dieser neuen Behandlungsmethode, von A. Fay u. A. K. Gaal, Kl. f. Haut- u. Geschlechtskrkh. Univ. Pécs. S. 285. Verff. haben in 22 Fällen von Ulcus-molle-Bubonen durch Eigeneiterinjektionen innerhalb 2 bis 4 Wochen vollkommene Heilung erzielt. Sie entnahmen mit einer sterilen Spritze dem Bubo Eiter und injizierten sogleich davon 0,25 ccm subkutan in den Oberschenkel. Je nach Bedarf wurden die Injektionen alle 4—5 Tage verabreicht und die Menge des Eiters um je 0,25 ccm bis zu 1 ccm erhöht. Die oft beträchtlichen Schmerzen der Bubonen ließen bereits innerhalb 24 Stunden nach der 1. Injektion nach, die entzündlichen Erscheinungen bildeten sich zurück, der Umfang der Knoten verringerte sich. Abgesehen von flüchtigen Erythemen, geringen Infiltrationen oder Druckschmerzhaftigkeit wurden keine lokalen Veränderungen beobachtet. Die Allgemeinreaktionen bestanden in Schüttelfrost, leichtem Fieber; sie traten nur vereinzelt auf, waren schwächer als die nach Milchinjektion und verschwanden rasch. Im Eiter wurden niemals Streptobazillen nachgewiesen. Gleichzeitig mit den Injektionen wurden die Bubonen unter Dunstverbände gesetzt und, wenn sie ulzeriert waren, mit Natr. sozojodol. bestreut und bis zur Überhäutung mit $^1/_4$%igem Arg. nitr. behandelt. Die Wirkungsweise der Behandlungsmethode stellen sich die Verff. in der Art vor, daß von der Stelle der subkutanen Eiterinjektion aus verschiedene Stoffe des Krankheitsherdes frei in den Organismus gelangen und die Antikörperbildung stark anregen. Außerdem rufen die unspezifischen Anteile des Eiters Protoplasmaaktivierung hervor, wodurch die Heilung nochmals beträchtlich unterstützt wird.

F. Harry-Wiesbaden.

Börgyógyászati Urologiai és Venerologiai Szemle.

1924, Nr. 1.

Die Nierenhypoplasie (A vesehypoplasia), von E. Pfeiffer-Budapest. S. 1. Verf. beschreibt einen der seltenen Fälle von Nierenhypoplasie, welche intra vitam — am Operationstisch — diagnostiziert wurde. Die exstirpierte Niere war $4{,}8 \times 2{,}6 \times 0{,}9$ cm groß, von normaler Form, das Nierenbecken klein, nicht erweitert, Ureter frei. Mikroskopisch — außer einer mäßigen Vermehrung des Bindegewebes in der Marksubstanz —

Digitized by Google

keine pathologischen Veränderungen. An den Genitalien war kein abnormer Befund zu erheben. Die Hypoplasie verläuft meist symptomlos und bildet bloß den Gegenstand zufälliger Obduktionsbefunde. Nur selten kommt es vor, daß zystische Tumorbildungen oder sekundäre Hydronephrose operative Eingriffe veranlassen würden.

Ein Fall von syphilitischer Reinfektion (Lues es reinfectio esete), von D. Kenedy, Polikl. Budapest. S. 9. Kurze Beschreibung eines einwandfrei beobachteten Falles von Reinfectio syphilitica.

Die blennorrhoischen Erkrankungen der Harnwege und der Anhangsgebilde der Harnröhre und deren Behandlung (A húgyutak s a húgycsö függelékes szerveinek gonorrhoeás megbetegedései s ezek gyógyitása), von D. Egyedi-Budapest. S. 11. Fortlaufende Mitteilungen aus dem Gebiete der Pathologie und Therapie der Blennorrhoe.

Die Überempfindlichkeit des Organismus und dessen Beziehungen zu den Hautkrankheiten (Anaphylaxie und Idiosynkrasie) (A szervezet tulérzékenysége és annak viszonya a börbetegségekhez [Anaphylaxia és idiosynkrasia), von E. Lehner-Budapest. S. 15. Die Anaphylaxie ist eine Überempfindlichkeitsreaktion, welche sich als Antigen-Antikörperreaktion in den Zellen abspielt. Je nach den Zellgruppen, in welchen diese Reaktion vor sich geht, unterscheiden wir einen asthmatischen, einen gastro-intestinalen und einen dermatogenen Typus. Ausnahmsweise kann die Reaktion aber auch in anderen Organen ablaufen; so äußerte sich in einem Falle die Überempfindlichkeit gegen Hg in Uteruskrämpfen. Es können nämlich nicht nur Eiweiße, sondern auch chemisch wohl definierte Körper, hauptsächlich Medikamente die Symptome der Überempfindlichkeit hervorbringen (Idiosynkrasie), und die scharfen Grenzen, die man früher zwischen Anaphylaxie und Idiosynkrasie zog, sind heute nicht mehr aufrecht zu halten. Die Hauterscheinungen bei Anaphylaxie (Idiosynkrasie) äußern sich zum Teil in urtikariellen-erythematösen Eruptionen, zum Teil in ekzematiformen Hautentzündungen; erstere kommen meist auf hämatogenem, letztere auf exogenem Wege zustande. Der Sitz der Reaktion ist in beiden Fällen die Gefäßwand; bei den ekzematiformen Reaktionsbildern muß außerdem auch eine verminderte Widerstandsfähigkeit der Epithelien angenommen werden. Neben der Urtikaria, dem Erythema toxic., zahlreichen Dermatosen des Säuglingsalters, Strophulus, Prurigo ist auch die Dermatitis artif. und das Ekzem — welche übrigens ihrem Wesen nach identische Erkrankungen darstellen — als eine Überempfindlichkeitsreaktion zu betrachten.

Nr. 2.

Zur Pathogenese der Entzündung (Adatok a gyulladás pathogenesiséhez), von L. Török, Poliklin. Budapest. S. 31. Die von Riecke und Regendanz neuerdings aufgeworfene Frage der neurogenen Herkunft der Entzündung wird einer kritischen und experimentellen Prüfung unterzogen. Die Unrichtigkeit dieser Auffassung geht unter anderem aus den Experimenten von Groll, Philippson zur Genüge hervor. Beide Autoren konnten nämlich Entzündungserscheinungen auch nach Unterbrechung der vasomotorischen Leitungsbahnen hervorrufen, und zwar von derselben Heftigkeit wie an der gesunden Seite. Ph. nahm diese Versuche zur Beweisführung der entzündlichen Natur der Urtikaria teils an Hunden, teils an Leprakranken vor. Ähnliche Versuche stellte auch Verf. an zwei Kranken an, von denen der erste mit einer Peroneuslähmung, der andere mit einer Ulnarislähmung behaftet war. Als Reiz wurde die intrakutane Injektion einer 0.1%igen Atropin- bzw. einer 5%igen Peptonlösung angewendet. Die Reaktion trat — in Form quaddelartiger Läsionen — stets ein, und zwar ohne nennenswerten Unterschied bezüglich gesunder und unempfindlicher Stellen, es sei denn, daß die ödematöse Schwellung und der hyperämische Hof an der normalen Haut etwas stärker, die Hyperämie an der anästhesierten Haut etwas dunkler erscheinen.

Über die Induratio penis plastica (Az induratio penis plasticáról), von E. Rajka, Poliklin. Budapest. S. 37. Mitteilung zweier Fälle, von denen der erste insofern auf Interesse Anspruch erhebt, da er der jüngste in der Literatur bekannte Fall ist. Gleichzeitig bestand auch eine Krümmung im ersten Interphalangealgelenk beider 5. Finger mit Verdickung und Verkürzung der Sehne, jedoch ohne Alteration der Fascia palmaris. Auf Röntgen wesentliche Besserung. Der zweite betrifft einen 27jähr. Hochschüler, welcher seit einem Jahre an Blennorrhoe leidet, und zeichnet sich durch spontane Involution aus. Gicht war in keinem Falle vorhanden.

Digitized by Google

Die Behandlung der Syphilis mit Bismutpräparaten. II. Mitteilung: Bismodin (A syphilis gyógyitása bismuthkészitményekkel, II. Bismodin), von E. Lehner und E. Radnai, Poliklin. Budapest. S. 39. Das Bismodin ist ein Bismutoxyjodgallat, welches als 10%ige ölige Suspension vom Apotheker D. Erdélyi-Budapest in den Handel gebracht wird. 1 ccm davon enthält 0,04 g metallisches Bismut und 0,03 g Jod. Dosis: 1 ccm 3—4mal täglich intramuskulär. Eine Kur besteht aus 15—20 Injektionen. Nach Erfahrungen der Autoren ist die Anwendung des Bismodin in allen Stadien der Syphilis von gutem Erfolge begleitet. Die Erscheinungen der Frühlues schwinden nach der fünften bis sechsten, diejenigen der Spätlues nach der zehnten Injektion. Spirochäten waren nach der dritten Injektion nicht mehr nachweisbar. Die WR wurde im frühen sekundären Stadium bereits nach der ersten Kur negativ. In Fällen tertiärer Lues konnte sie jedoch nur vorübergehend in die negative Phase gebracht werden, oder sie blieb gar unbeeinflußt. Auffallend war eine häufige Jarisch-Herxheimersche Reaktion. Die Nebenerscheinungen des Präparates sind belanglos.

„Dermaforine" in der venerischen Praxis (A „dermaforine" alkalmazása a venerologiai gyakorlatban), von A. Lempert-Teleia-Budapest. S. 42. „Dermaforine" besteht aus kolloidalem Hg, Bi und Zn in Kaolin dispergiert. Verf. wandte es bei Balanitis, Ulcus molle, dann zur Nachbehandlung inzidierter venerischer Bubonen mit gutem Erfolge an. Ein nicht zu unterschätzender Vorteil des Präparates ist seine Billigkeit im Vergleich zu ähnlichen ausländischen Präparaten.

Die blennorrhoischen Erkrankungen der Harnwege und der Anhangsgebilde der Harnröhre und deren Behandlung (Fortsetzung) (A hügyutak s a hügycsö függelékes szerveinek gonorrheás megbetegedései s ezek gyógyitása), von D. Egyedi-Budapest. S. 43. Es wird die chirurgische Behandlung des Prostataabszesses, die Pathologie der follikulären und endoglandulären Prostatitis, die Technik der Prostatamassage, die Anwendung des Artzberger-Felekyschen Instrumentes und die ac. Spermatozystitis kurz und zusammenhängend besprochen.

Nr. 3.

Spezifische Hautempfindlichkeit bei Urticaria haemorrhagica (Specifikus börérzékenység az urticaria haemorrhagica mellet), von O. Dér., Univ.-Hautkl. Pécs. S. 55. Veranlassung zu diesen Untersuchungen bot ein Fall von Urticaria haemorrhagica, die nach Genuß von Pilzen (Cantharellus cibarius) auftrat. Außer den Hauterscheinungen waren noch profuse Durchfälle und eine ausgesprochene Alteration des Allgemeinbefindens zu verzeichnen. Zweifellos handelt es sich hier um einen anaphylaktischen Zustand, um eine vererbte Sensibilisation (Idiosynkrasie), so daß die Ingestion bereits wie eine Reapplikation wirkte. Um das Verhalten der Haut bei äußerlicher Applikation zu erkennen, wurden intrakutane Impfungen mittels physikalischer Kochsalzsuspension des Cantharellus cibarius vorgenommen. Nach 24 Stunden ausgesprochene Lokalreaktion in der Form einer kirschkerngroßen Papel, welche von einem 2 cm breiten hyperämisch-ödematösen Saum umgeben war. Kontrollimpfungen mit anderen Pilzarten (Boletus edulis, Agaricus campestris) fielen negativ aus. Damit war auch die ätiologische Rolle des Cantharellus sichergestellt.

Die antisyphilitischen Kuren im Lichte der Senkungsreaktion (Az antilueses kurák a sülyedési reaktio megvilágitásában), von K. Berde, Univ.-Hautklin. Szeged. S. 58. Das Neosalvarsan verursacht nur eine vorübergehende Beschleunigung nach den einzelnen Injektionen. Viel intensiver und nachhaltiger ist die Wirkung des Hg sal.; normale Verhältnisse stellen sich meist erst Wochen nach Beendigung der Kur ein. Am nächsten steht dem Hg sal. das Bi; dieselben hohen Werte konnten jedoch nicht erreicht werden. Noch gelinder war die Wirkung der Schmierkur. Die kombinierten Kuren übten denselben Einfluß wie die entsprechenden Metalle aus, nur kam in den meisten Fällen auch noch eine durch das Neosalvarsan bedingte vorübergehende Beschleunigung der Reaktion hinzu. Die Linser-Kur verhielt sich in ihrer Wirkung ähnlich dem Neosalvarsan. Aus diesem verschiedenen Verhalten folgert Verf., daß bezüglich Toxizität den ersten Platz die kombinierte Hg sal.- und Neosalvarsankur einnimmt; ihr folgt die reine Hg sal.-Kur. Als milde Kuren sind die Schmierkur, die reine Neosalvarsan- und die Linser-Kur zu bezeichnen, wodurch die bisherige klinische Erfahrung auch in der Senkungsreaktion ihre Bestätigung findet. Die durch den spezifischen Prozeß bedingte Beschleunigung der Senkungsgeschwindigkeit wird scheinbar am schnellsten durch die Neosalvarsan- bzw. durch die Linsersche Kombination behoben.

Digitized by Google

Ein Fall von Erythema exsudativum multiforme (Hebra) mit seltener Lokalisation (Az erythema exsudativum multiforme [Hebra] egy ritka localisatiója esete), von F. Urban, Poliklin. Budapest. S. 63. Außer den typischen Stellen wiesen auch die äußeren Genitalien charakteristische Effloreszenzen auf; dieselben waren am Skrotum, Glans penis und an der Schleimhaut der Urethra lokalisiert.

Die Behandlung der Syphilis mit Bismutpräparaten. III. Mitteilung: Neotrepol (A syphilis gyógyitása bismuthkészitményekkel), von E. Lehner und E. Radnai, Poliklin. Budapest. S. 64. Die Spirochäten verschwinden nach einer einzigen Injektion, die Haut- und Schleimhauterscheinungen nach 2—4 Injektionen. Auch bei Gehirnsyphilis energische Wirksamkeit. Die WR kann nur bei Frühlues bereits nach einer Kur in die negative Phase gebracht werden, sonst sind mehrere Kuren notwendig. In zwei Hg- und salvarsanresistenten Fällen schwanden die syphilitischen Manifestationen bereits nach kleinen Gaben. Das Präparat ist — abgesehen von einem stets auftretenden Bismutsaum — frei von Nebenerscheinungen. Die Injektionen sind schmerzlos.

Über Trichophytide (A trichophytidekröl), von E. Rajka, Poliklin. Budapest. S. 68. Kurze zusammenfassende Darstellung unserer heutigen Kenntnisse betreffend Klinik und Pathologie der Trichophytide.

H. 4/5.

Über die Prophylaxis der Syphilis (A syphilis prophylaxisáról), von J. Géber-Budapest. S. 80. Fortsetzung folgt.

Heliobrom in der Hauttherapie (Heliobrom a börgyógyászatban), von M. Fejtö, Poliklin. Budapest. S. 90. Das Präparat kann mit Vorteil bei allen pruriginösen Dermatosen, so vor allem bei Prurit. univ. et loc., Prurigo, Stroph. inf., Lichen chron. Vidal angewendet werden. Auch bei subakuter, schuppender Dermatitis, Eczema dyshydroticum, Erfrierungen ersten Grades waren nennenswerte Besserungen oder auch Heilung zu verzeichnen.

Die Behandlung der Syphilis mit Bismutpräparaten. IV. Mitteilung: Bismosalvan (A syphilis gyógyitása bismuth-készitményekkel), von E. Lehner und E. Radnai, Poliklin. Budapest. S. 87. Das Bismosalvan (G. Richter-Budapest) ist eine 10%ige ölige Suspension des Jodchininbismut. Das Präparat, welches eine hellrote Farbe besitzt, wird in Phiolen zu 2 ccm in den Handel gebracht. Dosis: 2 ccm 3—5 mal täglich intramuskulär. Eine Kur besteht aus 12—15 Injektionen. Das Bismosalvan erwies sich als ein sehr energisches Antiluetikum. Nicht nur sämtliche Haut- und Schleimhauterscheinungen konnten sehr bald zum Rückgang gebracht werden, auch bei Nervenaffektionen, Erkrankungen der Sinnesorgane und der Gefäße konnten wesentliche Besserungen bzw. Heilung erzielt werden. Die WR wurde nur in frischen Fällen nach der ersten Kur negativ, sonst blieb sie positiv. Nebenerscheinungen waren nicht zu verzeichnen; es konnte nur ein schwacher Bi-Saum beobachtet werden.

Die blennorrhoischen Erkrankungen der Harnwege und der Anhangsgebilde der Harnröhre und deren Behandlung (Fortsetzung) (A húgyutak s a húgycső függelékes szerveinek gonorrhoeás megbetegedései s ezek gyógyitása), von D. Egyedi-Budapest. S. 92. Pathologie und Therapie der Epididymitis, Funiculitis ac. gon., Hydrocele ac. gon., Cowperitis, Pericowperitis, Follikulitis, Cavernitis gon. ac. M. Lang-Pécs.

Ruski Westnik Dermatologii.

1924, Bd. 2, Nr. 12.

Über einen Fall von gleichzeitiger Erkrankung der Haut an Syphilis und Tuberkulose, von A. Meisel-Minsk. Verf. beobachtete eine 25jähr. Frau mit Erscheinungen von Syphilis tuberculo-serpiginosa, welche unter spezifischer Behandlung gut verheilten. Es kam zu mehrfachen Rezidiven in Gestalt von Hautgeschwüren, welche gleichfalls prompt unter der spezifischen Kur verschwanden. Das vierte Mal verheilte aber nur ein Teil der Geschwüre auf dem Bein; der andere Teil verharrte trotz der spezifischen Kur im status quo. Sowohl die WR als auch Pirquet fielen negativ aus; auch von seiten der Lungen waren keine Anhaltspunkte für Tuberkulose. Da aber die Mantouxsche Reaktion sehr stark positiv ausfiel und die histologische Untersuchung in-

Digitized by Google

folge von Riesenzellen unter Lymphozyten und Fibroblasten auch für Tuberkulose sprach, hält Verf. den Fall für eine Kombination von Syphilis und Tuberkulose. (Leider ist kein Tierexperiment vorgenommen worden, so daß die Möglichkeit eines für die spezifische Behandlung allmählich refraktär gewordenen Falles von Syphilis nicht völlig von der Hand zu weisen ist. Anm. des Verf.)

Über die Standardisierung der Hammelblutkörperchenaufschwemmung für die WR, von N. Nikolajew-Moskau. Zur Vereinfachung der Ausführung der WR wird vom Verf. eine konstante Hammelblutkörperchenaufschwemmung vorgeschlagen. Es wird zunächst aus der wässerigen Fuchsin- und Pinkrinsäurelösung (nach Vernes) eine kalorimetrische Standardlösung hergestellt und darauf mit einer nach dem Verfahren von Konried erhaltenen Aufschwemmung in Probiergläsern von demselben Durchmesser verglichen. Bei diesem Verfahren ist die Intensität der Aufschwemmung von dem quantitativen Verhältnis der Bestandteile des Hammelblutes unabhängig.

Die Behandlung der Trichophytie des behaarten Kopfes durch wiederholte Entzündungen, von A. Ssobolew-Simferopol. Nach Epilation der Haare werden die kranken Partien gründlich gereinigt und dann dreimal hintereinander in Pausen von je einer Stunde, energisch mit Jodtinktur bepinselt. Hierauf wird ein Verband mit 10%iger Ung. praecip. album angelegt. Nach drei Stunden wird der Verband abgenommen, die Blasen werden angestochen, und es wird eine indifferente Salbe angewandt. An den folgenden Tagen wird eine 10%ige Präzipitatsalbe eingerieben. Nach 5—6 Tagen Wiederholung der Prozedur. Das geschieht mindestens dreimal. Nebenher gehen tägliche Waschungen mit heißem Wasser und Seife, Reinigungen mit Benzin und Abreibungen mit 10%igem Sublimatspiritus oder 1%igem Jodspiritus oder 5%iger Jodkalilösung.

Über Physiotherapie einiger Hautkrankheiten, von W. Suchareff-Moskau. Erfolgreiche Behandlung durch Röntgenbestrahlung in 143 Fällen von Trichophytie und 12 von Favus (nur 7 Fälle von Rezidiven); in 21 Fällen von Sykosis, davon 17 Sycosis simpl., in 67 Fällen von chronischem Ekzem und 22 Fällen von Hautkrebs, welche ein Jahr ohne Rezidiv geblieben sind. Bei Psoriasis vulgaris wird besonders eine kombinierte Behandlung, zuerst mit Lichtbad und dann mit X-Strahlen empfohlen, dasselbe bei Hautjucken. Ebenfalls günstig wirkte bei letzterem eine Kombination von d'Arsonval und Röntgentherapie, während bei Acne vulg. besser eine Kombination von d'Arsonval und nachfolgender Ionisierung wirkt.

Hydrargyrum salicylicum neutrale, von W. Kamanin. Warme Empfehlung der löslichen 1%igen Lösung von neutralem salizylsaurem Quecksilber. (Leider ist nur die Herstellung etwas weitläufig. Anm. des Ref.)

Zur Klinik der spinalen syphilitischen Amyotrophien, von A. Prokoptschuk-Moskau. Bei dem 55jähr. Kranken fanden sich außer charakteristischen syphilitischen Narben des Rachens, Aortitis, Hepatitis, Atrophie der Hand- und Oberarmmuskulatur und bulbäre Erscheinungen. Unter zwei spezifischen Kuren besserte sich der Zustand des Kranken.

Harter Schanker der Fußsohle, von N. Anderson-Moskau. Es handelte sich um eine 24jähr. Wäscherin. Spirochaetae pallidae sicherten die Diagnose. Vergrößerte Oberschenkeldrüsen, Roseola.

A. Jordan-Moskau.

Acta dermato-venereologica.

1924, Bd. 5, H. 3.

Bakteriologische und klinische Studien über Hauttuberkulose, besonders Lupus vulgaris, von W. Holland, Abt. f. Hautkrkh. Reichshosp. Kristiania. S. 357—432. Referat erfolgt nach Abschluß der Arbeit.

Solitäre fungöse Kopfhautgranulome und prämykotische Dermatosen, von G. Nobl und L. Sukman. S. 443—448. Beschreibung eines Falles fungöser auf die Kopfhaut beschränkter Granulome. Bei der 75jähr. Pat. traten zuerst schilfernde, leicht gerötete Flecke auf der Kopfhaut und alopezische, im Zentrum atrophische Herde auf. Später entwickelten sich namentlich an den Rändern dieser Stellen knotig sich abhebende Wülste. Nach Arsenkuren und Röntgenbestrahlung merklicher Rückgang der Knoten. Histologisch handelte es sich in der Kutis um gleichmäßige Wucherung von Zellen, die Lymphozyten gleichen. Spärliche Zellen vom Lymphoblastentyp und polymorphkernige Leukozyten. Bei den drei Fällen von prämykotischen Dermatosen ist Alopezie des

Digitized by Google

Kapillitiums als auffällige Frühveränderung zu erwähnen. Bei dem ersten Fall wurde zuerst an Lupus erythematodes gedacht; die gleichmäßig lymphoide Struktur im histologischen Bild erinnerte an Leukämie. Resonders auch die Neigung des Granulationsgewebes, auf Arsen und Röntgen empfindlich zu reagieren, kann zur Vortäuschung leukämischer Infiltrate führen. Verff. fanden ebensowenig wie andere Beobachter auffällige Veränderungen der blutbildenden Organe. Die bei allen Fällen beobachtete mäßige Leukozytose spricht nach Ansicht der Verff. für Reizung des hämatopoetischen Systems im Sinne von Infektionsvorgängen. Anerkennung des Paltaufschen Standpunktes, daß es sich bei Mycosis fungoides um eine infektiöse Granulomsgeschwulst handelt. Keinerlei Wechselbeziehungen zur Leukämie oder echten Neubildungen. Die auf dem Kreislaufsweg fortgeleiteten Erscheinungen, besonders die das Krankheitsbild beherrschenden Hautveränderungen sind nicht als Metastasen eines Primärtumors, sondern als an neuen Orten durch das Virus provozierte Granulome zu deuten. Die Frage, ob immer lymphoide Elemente oder infizierte ganze Zellkomplexe in die Haut eingeschwemmt werden, wird nicht entschieden.

Beitrag zur Klinik der Angioneurosen, von F. Frick. S. 449—465. Bei einer 39jähr. Pat. entwickelten sich seit 14 Jahren mehrere in die Gruppe der Angioneurosen zu rechnende Krankheitserscheinungen. Beginn mit Akroparästhesie, die zu wiederholtem Auftreten von Raynaudscher symmetrischer Gangrän Anlaß gibt, weiter allmählich sich entwickelnde Sklerodaktylie, zuletzt diffuses Skleroderma mit typischem Maskengesicht. Die Pat. war vor 14 Jahren viel mit Heringsarbeit beschäftigt und mußte deshalb oft in kaltem Wasser hantieren. Frick bezeichnet seinen Fall als klassische Angioneurose nach Raynaud. Da Kälteeinwirkung und nervöse Einflüsse bei Auslösung der vasomotorischen Anfälle bei der Pat. eine große Rolle spielen, denkt man an Ausführung der Sympathektomie. Die Behandlung des Falles ist symptomatisch. Zur Verbesserung der Zirkulationsverhältnisse wird Kampfer und Digitalis verabreicht; dadurch scheint auch die Heilung der Geschwüre gefördert zu werden. Der Arbeit sind mehrere Abbildungen und ein Röntgenphotogramm, das die konzentrische Knochenatrophie, die gegen die Fingerspitzen hin gleichmäßig zunimmt, zeigt, beigeben.

Über die Verwendung von cholesteriniertem Extrakt für die Wassermannsche Reaktion, von K. Philipsen. S. 466—470. Paralleluntersuchungen an 1403 Seren mit allgemeinem alkoholischen und cholesterinierten Herzextrakt. Bei 103 Pat., die mit Ausnahme von sechs Fällen Syphilitiker waren, wurden mit cholesteriniertem Herzextrakt gegenüber negativer Reaktion mit einfachem Extrakt positive Reaktionen erzielt. Bei den sechs Fällen konnte nicht entschieden werden, ob es sich um unspezifische Reaktionen oder Syphilis ignorée handelte. Verf. erscheint es von Bedeutung, daß er vermittels des cholesterinierten Extraktes ein feines anzeigendes System hat. Dadurch habe auch eine negative Reaktion größere Bedeutung.

Zur Frage der herdweisen Keratosen an Händen und Füßen, gleichzeitig ein Beitrag zur Konstitutionsfrage bei Dermatosen, von E. Sklarz, Derm. Abt. Rud. Virchow-Krankenh. Berlin. S. 471—476. Kurze Mitteilung eines Falles (bereits publiziert im Arch. f. Derm., Bd. 144, H. 2) von Keratodermia maculosa disseminata symmetrica palm. et plant. (Buschke-Fischer), bei dem nur die Hände befallen waren. Nagelveränderungen und Schweißanomalie bestand nicht. Bei der Kranken traten die ersten Menses erst mit 17 Jahren auf, wiederholen sich seitdem unregelmäßig und unter Schmerzen. Sklarz macht wiederum den Vorschlag, die Krankheitsbilder, die dem von Buschke und Fischer gewählten Namen entsprechen, auch mit diesem Namen zu bezeichnen, da dadurch die dermatologische Nomenklatur vereinfacht würde. Buschke und Fischer haben drei Jahre vor Brauer das Krankheitsbild ihrer Keratodermie genau bestimmt (Ikonographia dermatol., Bd. 5). Sklarz schlägt im Einverständnis mit Buschke und Fischer vor, an Stelle des Wortes maculosa „punctata" zu sagen. Im Sinne der modernen Konstitutions- und Dispositionsforschung sind alle palmaren und plantaren Keratosen besonders zu beachten. Sklarz ist geneigt, eine spezielle keratotische Disposition der Hohlhände und Fußsohlen anzunehmen. Klinischer und histologischer Befund des Sklarzschen Falles wird durch Abbildungen wiedergegeben.

Lymphogranulomatosis cutis et conjunctivae bulbi, von V. Reinsberg und R. Kadlicky-Preßburg. S. 477—489. Bei einer 59jähr. Frau traten drei Monate nach einer Pockenschutzimpfung die ersten Zeichen der heute bestehenden Erkrankung auf. Es findet sich jetzt eine einseitige starke Schwellung der Zervikal- und Submaxillardrüsen, die eine Deformation des Halses nach links zur Folge hat. Unter der normalen und gut abhebbaren Haut sind fünf bewegliche Tumoren von elastischer Konsistenz zu fühlen. Die

Digitized by Google

anderen Lymphdrüsen (subklavikular und zervikal rechts) sind normal. Außerdem finden sich an beiden Augen im oberen und unteren Drittel des Limbus, gut abgegrenzt gegen die Kornea hin, flache, halb transparente, symmetrische Knötchen. Auf der Haut finden sich disseminierte kleine follikulär angeordnete Knötchen von etwa Stecknadelkopfgröße. Dämpfung und Bronchialatmen über der rechten Lunge. Ausgesprochene örtliche Tuberkulinreaktion, gefolgt von einer starken Entzündung. Keine Allgemeinreaktion. Wenig von der Norm abweichendes Blutbild, leichte Leukopenie. WR negativ. Milz und Leber o. B. Der histologische Befund ergibt in allen untersuchten Stücken von Drüsen, Haut und Auge Granulationsgewebe mit Megalozyten vom Typus Paltauf-Sternberg. Inokulationsversuch auf ein Meerschweinchen verlief ergebnislos, keine Tuberkelbazillen. Der Fall erschien den Autoren besonders erwähnenswert, weil er eine bisher noch nicht beobachtete Erscheinung bei Lymphogranulomatose der Haut, den Ausbruch auf der Conjunctiva bulbi, zeigt. Mehrere Abbildungen. A. Holländer-Hamburg.

Bücherbesprechungen.

Irrtümer der Röntgendiagnostik und Strahlentherapie, von R. Grashey. (Verlag G. Thieme, Leipzig 1924.) Als viertes Heft der von Schwalbe herausgegebenen „Irrtümer der allgemeinen Diagnostik und Therapie, sowie deren Verhütung" erscheint nunmehr diese Veröffentlichung. Von den bisherigen Lehrbüchern, Kompendien, Handbüchern unterscheiden sich die „Irrtümer . . ." wesentlich durch eine andere Art der Bearbeitung des Stoffes. Dem Praktiker wird gezeigt, wie man es nicht machen soll, wie man Irrtümer vermeiden kann und wodurch sie entstehen. Daher rückt der behandelte Stoff dem Arzt näher, er lernt die versteckten Fehler in der Diagnosestellung und in der Therapie kennen und lernt eben aus seinen gemachten Fehlern, von denen ja kein Arzt frei ist. Die Lehrbücher usw. sind durch ihre Anordnung zum Lesen meist langweilig, während die „Irrtümer . . ." äußerst reizvoll den Stoff behandeln und den Praktiker und den Fachmann, für die diese Veröffentlichungen bestimmt sind, sehr fesseln. Die Bearbeitung der Irrtümer und Fehlerquellen der Röntgendiagnostik und deren Verhütung liegt in den Händen von Grashey, Lorenz, Grödel, Haenisch, während die chirurgische Röntgentherapie von Holfelder, die gynäkologische von Reifferscheid und Schugt und die innere von Salzmann bearbeitet wird. Holfelder bespricht in einem allgemeinen Teil die Röntgentherapie. Er unterzieht seiner Kritik all die vielen Fehler, die bei einem nicht richtigen Röhrenbetrieb entstehen; wie man Dosierungsfehler, falschen Strahlenschutz, nicht richtige Einstellungstechnik usw. vermeiden kann, bespricht er auf Grund seiner reichhaltigen Erfahrung. Gleichzeitig werden die auch für die Praxis so wichtigen Reiztheorien der Röntgenstrahlen und die moderne Krebstheorie bei Vermeidung von polemischen Bemerkungen besprochen. Für jeden Röntgenologen ist ganz besonders diese Arbeit von Holfelder warm zu empfehlen. Im speziellen Teil werden die Irrtümer der Röntgentherapie von Rost bearbeitet. Ganz besonders ist dem praktischen Arzt das Lesen dieser Arbeit zu empfehlen, da er aus der Arbeit ersehen kann, wie oft unbefugte Hände Hautkrankheiten röntgen und wie oft bei falscher Diagnose, ohne biologische Kenntnisse, Hautkrankheiten bestrahlt werden. Der Röntgendermatologe findet in der Arbeit eine wertvolle Tabelle über die zu bestrahlenden Hautkrankheiten mit Angabe der Dosen. Auch bietet die Arbeit dem Dermatologen viele wichtige Einzelheiten in der Bestrahlungstechnik und in der Indikationsstellung. Neu dürfte in der Arbeit eine Abbildung der Haut sein, auf der die verschiedenen Tiefenwirkungen von ungefilterten und gefilterten Röntgenstrahlen verzeichnet sind. Über Irrtümer der Lichttherapie berichten Jesionek und Rothmann. Nicht nur die Bestrahlungen mit künstlichen Quellen, sondern auch die Technik von Sonnenbädern werden in dankenswerter Weise besprochen. Auf die noch viel zuwenig bekannten Dosierungsfehler bei Höhensonnenbestrahlungen wird mit Recht hingewiesen. Im letzten Abschnitt des Buches werden von E. Berven-Stockholm die Irrtümer der Radiumtherapie besprochen. Die Arbeit umfaßt das gesamte Gebiet der Radiumtherapie; sie ist aber trotzdem nicht umfangreich, da der Verf. es verstanden hat, Nebensächliches wegzulassen und das Hauptsächliche kurz und prägnant hervorzuheben; auch als Nachschlagwerk hat diese Arbeit besonderen Wert. Die Abbildungen, schematische Zeichnungen, wie überhaupt die Gesamtausstattung des Werkes ist erstklassig. Der Preis beträgt geh. 16,50 RM.

E. Hornemann-Lüneburg.

Digitized by Google

Neuere Syphilistherapie, von P. Mulzer-München. (Sonderabdruck aus Ergebnisse d. ges. Med., Bd. 6.) Verf. gibt eine übersichtliche Darstellung der seit 1919 besonders wichtigen Veränderungen in der Luestherapie. Beim Salvarsan werden neben den verschiedenen Präparaten die Nebenwirkungen ausführlich besprochen, besonders die Dermatitis und der Ikterus. Das Quecksilber wird nur kurz abgehandelt, dagegen ausführlich die Wismuttherapie und ihre Resultate. Ref. vermißt bei der Aufzählung der Bi-Präparate allerdings eine Reihe anderer, sehr gut allgemein bewährter. Bezüglich der klinischen Wirkung der Wismutbehandlung deckt sich die Anschauung des Verf. im allgemeinen mit der aller anderen Autoren. Ob das Bi allerdings dem Hg so überlegen ist, wie Verf. im Verein mit vielen anderen Autoren meint, müßte erst die weitere Beobachtung der Dauererfolge lehren. Jedenfalls kann das Bi nicht nach Ansicht des Referenten an das Kalomel heranreichen. Auch Abortivkur, endolumbale Behandlung usw. werden eingehend gewürdigt. E. Langer-Berlin.

Geschlechtskunde, auf Grund 30jähr. Forschung und Erfahrung bearbeitet von M. Hirschfeld-Berlin. (Julius Püttmann, Verlagsbuchhandlung, Stuttgart. Lieferung I und II.) Dieses Buch ist eine Kampfschrift! Es ist ein durch und durch persönliches Buch, das den Verf. fast auf jeder Seite als Vorkämpfer für die von ihm vertretenen, zum Teil neuartigen Gedankengänge zeigt, das eine Fülle selbst beobachteten Materials, besonders auch von der kriminellen Seite aus gesehen, verarbeitet, das auch nicht davor zurückschreckt, Fälle heranzuziehen, die in neuester Zeit die Öffentlichkeit beschäftigt haben und die noch zu keinem endgültigen Abschluß gediehen sind, und das daher nicht wie ein rein wissenschaftliches Werk gewertet werden kann, das nur fest gegründete und allgemein anerkannte Tatsachen vermitteln will, sondern stellenweise mehr wie eine Polemik des Tageskampfes wirkt. Ein abschließendes Urteil ist bei einem in Lieferungen erscheinenden Werke (es sind etwa 10 Lieferungen in Aussicht genommen) nicht möglich, es scheint, als ob das Allzupersönliche mit dem Fortschreiten der Darstellung nachläßt, was wir nicht als Nachteil betrachten würden. Aus dem reichen Inhalte, der ein weitverzweigtes und in alle Verhältnisse des menschlichen Lebens eingreifendes Gebiet zu erschöpfen sucht, werden wir nur einzelnes herausgreifen können, wobei wir uns klar darüber sind, daß der Geschmack manches Lesers anderes als wesentlicher und interessanter ansehen mag. Das Buch wendet sich ja auch nicht an einen ausschließlich oder vorwiegend ärztlichen Leserkreis, wie schon die regelmäßige Verdeutschung der uns geläufigen fremdsprachlichen Bezeichnungen und Zitate zeigt. Es kämpft für eine vernunftgemäße sexuelle Erziehung, deren Kern und Inhalt in zwei Erfordernisse, Sexualwissen und Sexualwillen, zusammengefaßt werden, es will mit dem sexuellen Aberglauben aufräumen und dafür die sexuelle Aufklärung setzen; wie diese am besten stattzufinden hat, ist allerdings ein noch nicht restlos gelöstes Problem. Zur Erreichung dieses Zieles bedarf es einer Überwindung der asketischen Weltanschauung, die als Ausbeutung der Sexualfurcht und der Sexualhemmung von seiten und zugunsten religiöser Glaubenslehren aufgefaßt wird. In erschütternder Weise werden die auf der bisherigen Anschauung beruhenden verschiedenen Formen des sexuellen Elends geschildert und besonders auch die Frage der absoluten Enthaltsamkeit besprochen; Verf. ist geneigt, deren Schädlichkeit anzuerkennen, bezüglich des Rates zum geschlechtlichen Verkehr bringt er trotzdem den Mut zu einer unbedingten Bejahung nicht auf und verschanzt sich hinter dem Auswege, dem Rat Suchenden die letzte Entscheidung zu überlassen. Wir wollen ihm hieraus durchaus keinen Vorwurf machen, dieses kleine Beispiel zeigt jedoch, wie schwierig gerade diese Fragen restlos zu entscheiden sind, und wie wenig berechtigt es ist, auf einem so schwierigen und umstrittenen Gebiete die eigene Meinung als die alleinseligmachende hinzustellen. Den weiteren Lieferungen des Werkes sehen wir mit Interesse entgegen und behalten uns vor, weiter darüber zu berichten.

E. Levin-Berlin.

Mitteilungen aus der Literatur.

Strahlentherapie und Strahlenschädigung.

Röntgentherapie des Lymphogranuloms (Roentgenthérapie du lymphogranulome), von R. Gilbert-Genf. (Schweiz. m. W., 1924, Nr. 35, S. 971—972.) Zwei allgemeine und zwei lokalisierte Fälle, mit intensiver Tiefenbestrahlung behandelt. Bei den ersteren kein Erfolg, bei den lokalisierten wesentliche Besserungen, die sogar

Digitized by Google

Heilung vortäuschen können. Doch ist von einer solchen keine Rede, die Patienten müssen sorgfältig überwacht und beim Auftreten von Rezidiven wieder bestrahlt werden. E. Levin-Berlin.

Die Röntgenbehandlung der Keloide (The Roentgen-Ray Treatment of Keloids), von H. H. Hazen-Washington. (Am. J. Roentgenol., 1924, Bd. 11, Nr. 6, S. 547.) Verf. gibt auf Grund seiner Erfahrungen an 22 behandelten Fällen eine Behandlungsmethode der Keloide an. Bei kleinen Keloiden macht er in 3wöchentlichen Intervallen durchschnittlich 6 Sitzungen von je 1 Min. 15 Sek. bis 1 Min. 40 Sek. Bei Gesichtskeloiden größte Vorsicht zur Vermeidung von Erythemen. Dabei verschwinden weiche Keloide allmählich in mehreren Monaten nach der zweiten und dritten Behandlung. Bei alten Keloiden empfiehlt Verf. folgende Technik: 2 Behandlungen in Zwischenräumen von 3—4 Wochen, eventuell noch 2 Behandlungen nach 3 oder 4 Monaten. Große Keloide werden am besten exzidiert und sofort nach der Operation bestrahlt. Bei den angegebenen Methoden wird die Gefahr, daß Teleangiektasien sich entwickeln, auf ein Minimum beschränkt. Falls sie sich doch entwickeln sollten, empfiehlt Verf. die Quarzlampe. In der Diskussion wird darauf hingewiesen, daß Teleangiektasien sehr spät, auch noch mehrere Jahre nach der Behandlung, entstehen können. L. Gumpert-Blaschko-Berlin.

Gefilterte oder ungefilterte Röntgenbestrahlung in der Oberflächentherapie? von E. Kuznitzky-Breslau. (Kl. W., 1924, Nr. 47, S. 2148.) Verf. warnt eindringlich davor, Hautbestrahlungen ohne Filter vorzunehmen. Das Risiko der filterlosen Technik ist zu groß und ebenso auch die Gefahr einer Spätschädigung, die noch nach vielen Jahren sich in Form von Hautatrophien und Teleangiektasien zeigen kann. Er empfiehlt daher, bei jeder Hautbestrahlung mit 0,5 mm Al. zu filtern, da man hierdurch genügend gegen sofortige und Spätschäden geschützt sei. Die Erklärung für die Hautschädigung fand Verf. darin, daß auch die harte Röhre die Haut sehr stark belastet, eher sogar noch stärker als die gleiche Röhre in weichem Zustand, trotz wesentlich höherer Milliamperezahl, da die harte Röhre nicht nur mehr harte, sondern gleichzeitig auch mehr weiche Strahlen aussendet als dieselbe weich laufende Röhre. Seit Verf. bei seinen Hautbestrahlungen prinzipiell filtert, hat er nie mehr Spätschädigungen gesehen. E. Langer-Berlin.

Wie bestrahlt man gleichmäßig und ökonomisch große Körperflächen mit hohen Dosen von Röntgenstrahlen, ohne komplette Raine zu lassen, von E. Reiser, D. Chirurg. Klin. Prag. (M. Kl., 1924, Nr. 46, S. 1608—1610.) Der gewünschte Erfolg wird durch Einteilung der zu bestrahlenden Fläche in mehrere Abteilungen und wechselnde Abdeckungen erzielt. Näheres ist aus den beigegebenen Zeichnungen zu ersehen. E. Levin-Berlin.

Die Eichung und Kontrolle von Röntgendosismessern, von R. Jaeger-Berlin. (Kl. W., 1924, Nr. 48, S. 2191.) Verf. bespricht den Siemens-Röntgen-Dosismesser und das für diesen abzuleitende und hergestellte Normogramm, bei dem eine ständige Kontrolle der Meßkonstante des Instrumentes möglich ist und dessen Ablesung resp. Errechnung einfach sich gestaltet. Näheres ist am besten aus der mit einer ausführlichen Normogrammtafel versehenen Arbeit zu ersehen. E. Langer-Berlin.

Sekundärschäden in der Röntgentherapie, von E. Stark, Städt. Krkhs. Weiden i. Opf. (Strahlenther., 1924, Bd. 18, H. 1, S. 153.) Nach Ansicht des Verf. handelt es sich nur dann um eine Röntgenbeschädigung, wenn sie gleich oder in einigen Tagen nach der Bestrahlung auftritt. Diese Veränderungen der Zirkulation und deren Folgen, wie Narben, Ulzera, können allmählich auftreten und längere Zeit bestehen. Eine jede Schädigung der Gewebe, die aber erst spät auftritt, ist bedingt durch sekundäre Ursachen, wie thermische, Licht-, bakterielle oder chemische Reize, oder durch mechanische Insulte und muß als Sekundärschaden und nicht als Röntgenspätschaden bezeichnet werden, da sie den Röntgenologen mit Unrecht belastet. Ein sekundäres Ulkus stellt keine Röntgenspätschädigung dar. Als beste Behandlungsmethode der Röntgenschäden hält der Verf. in den meisten Fällen die konservative. Zur Verhütung der Spätschädigungen betont der Verf. die Notwendigkeit der prophylaktischen Behandlung bei den geringsten Anzeichen von hervorgerufener Überempfindlichkeit. E. Hornemann-Lüneburg.

Erfahrungen mit der Wirzschen Methode zur Beseitigung von Teleangiektasien nach Röntgenbehandlung, von A. Kriser, Ztr.-Röntgenlabor. Allg. Krkhs. Wien. (W. kl. W., 1924, Nr. 41, S. 1068.) Verf. ist mit der Wirzschen Methode sehr zufrieden, er hat bei leichteren Fällen völlige kosmetische Restitutio ad integrum, bei

Digitized by Google

schweren Fällen weitgehende Besserung erreicht. Die Technik ist im Original „Die Beseitigung von Teleangiektasien mittels Spitzbrenner in iontophoretischer Anästhesie" in dieser Zeitschrift 1922 veröffentlicht. F. M. Peter-Hamburg.

Ein Fall von Röntgenschädigung, von K. Stordeur, Univ.-Hautkl. München. (M. m. W., 1924, Nr. 19, S. 617.) Zurückbleiben eines Fingers im Wachstum nach Röntgenbestrahlungen. Entsprechende Veränderungen am Knochen.
A. v. Notthafft-München.

Maligne Röntgengeschwüre und ihre Heilung, von G. Tillmann-Luckau. (M. m. W., 1924, Nr. 16, S. 516.) In einem Falle von schweren Röntgenverbrennungen trat fast sofortiger Erfolg nach intrakutaner Umspritzung mit Eigenblut auf. Genaue Beschreibung der Technik. A. v. Notthafft-München.

Indikationen für Radium und andere Behandlungsmethoden des Krebses (Indications for Radium and Other Methods of Treatment in Cancer), von W. H. Schmidt-Philadelphia. (Am. J. of Roentgenology, 1924, Bd. 12, Nr. 3, S. 219.) Allgemeiner Überblick über die Indikationen zur Strahlenbehandlung des Krebses, der nichts wesentlich Neues enthält. Bei konzentrierter Wirkung wird Radium bevorzugt, zur Bestrahlung größerer Flächen Röntgenstrahlen. Der Gebrauch kombinierter Behandlung wird weitgehendst empfohlen. L. Gumpert-Blaschko-Berlin.

Die Behandlung der Angiome (Traitement des angiomes), von P. Degrais. (Progr. méd., 1924, Nr. 81, S. 1713.) Verf. bringt Photogramme von 3 Fällen (2 infraorbitale Angiome, 1 Naevus flammeus am Oberschenkel), welche durch Radiumbehandlung einen glänzenden Erfolg erzielten, und empfiehlt, das Verfahren auch bei Säuglingen je eher je lieber in Anwendung zu nehmen.
A. Philippi-Bad Salzschlirf.

Einige biologische Gesichtspunkte bei der Bestrahlungstherapie des Krebses (Some Biological Aspects of the Radiation Therapy of Cancer), von C. Regaud-Paris. (Am. J. of Roentgenol., 1924, Bd. 12, Nr. 2, S. 97.) In einem Vortrag vor der amerikanischen Radium-Gesellschaft in Chicago (Juni 1924) bespricht Verf. an dem Beispiel des bestrahlten Säugetierhodens einige prinzipielle Probleme der Radiophysiologie. Ausgehend von der Tatsache, daß die Sterilisierung des Widderhodens auf einer selektiven Zerstörung der Samenmutterzellen (Spermatogonien) beruht, erklärt er den therapeutischen Effekt bei der Bestrahlung maligner Tumoren in erster Linie durch die Zerstörung der Keimzellen, von denen die Regeneration des Tumors ausgehe. Und zwar gehe die selektive Wirkung der Strahlen parallel mit ihrer Penetrationskraft. Daher die große Wirksamkeit der γ-Strahlen. Die Tatsache, daß bei einer einmaligen Bestrahlung nicht alle Samenmutterzellen abgetötet werden, erklärt er durch die Annahme, daß die Zellen infolge der verschiedenen Phase, in der sie sich befinden, eine verschiedene Empfindlichkeit gegen die Strahlen besitzen, und hält dementsprechend eine Kur von geringerer radioaktiver Substanz, angewandt über längere Zeit, für wirksamer als hohe Dosen in entsprechend kürzerer Zeit. Verf. sah gute Erfolge mit dieser Kur bei Plattenepithelkrebsen der Haut.
L. Gumpert-Blaschko-Berlin.

Technik der Radiumbehandlung des Lupus erythematosus (Technique of Radium Treatment for Lupus Erythematosus), von G. D. Culver-San Francisco. (Radium, Bd. 3, Nr. 1.) Verf. hält die Radiumbehandlung für die zur Zeit beste; ihre Vorzüge bestehen in der kurzen und bequemen Applikation und geringen Gefährlichkeit. Die Wirkung an einem Fall wird etwas eingehender erörtert, während die prozentuelle kurze Besprechung aller behandelten Fälle mit nicht näher bezeichneten Besserungs- resp. Heilungsgraden abgetan wird.
E. Schäfer-Göttingen.

Zirkulationsstörungen und Hämorrhagien.

Extensives Wachstum kleiner Angiome beim Säugling, von E. Thomas-Köln. (Zschr. f. ärztl. Forth., 1924, Nr. 18, S. 485.) Ausgehend von 2 Fällen sehr ausgebreiteter Angiome des Gesichts bei Kleinkindern, die sich bei der Geburt nur als ganz kleine Stellen zeigten und später enorm wuchsen, rät Verf. dringend, in allen Fällen von auch noch so kleinen Angiomen bald nach der Geburt therapeutisch einzugreifen, um so spätere größere Eingriffe vermeiden zu können. F. M. Peter-Hamburg.

Hautkrankheiten der Handflächen und der Fußsohlen durch vasomotorische Störungen (Skin Eruptions of the Palms and Soles from Vasomotor Disturbances), von

Digitized by Google

A. Ravogli-Cincinnati. (Am. Physician.) Alle entweder von außen eingeführten oder im Körper selbst gebildeten Gifte vermögen das Zentrum der vasomotorischen Nerven zu reizen, worauf eine Reihe von krankhaften Veränderungen auf den Handflächen und auf den Fußsohlen zurückzuführen ist, wie Pruritus, Eruption von Bläschen und Blasen, Urtikaria, Erytheme und Keratodermien. Falsche Ernährung — Mangel an Vitaminen und besonders an Kalk — ist häufig die Ursache der genannten Erkrankungen; hiernach richtet sich die Behandlung. Außerdem ist noch therapeutisch wichtig Kalomel mit Natrium bicarbon., gefolgt von salinischen Abführmitteln. Bei Keratodermien Kakodylinjektionen, äußerlich Lebertran mit Teer (2:1). Fendt-Wiesbaden.

Zur Frage der Purpura fulminans, von H. Bischoff, Univ.-Kinderkl. Rostock. (Mschr. f. Kinderhlk., 1924, Bd. 28, H. 6, S. 481.) Bericht über einen Fall von Purpura fulminans bei einem schweren Status thymico-lymphaticus. Hervorgerufen durch eine Toxinämie, nicht Septikämie, nach einem schweren, akuten Darmkatarrh. Begünstigender Einfluß des Status thymico-lymphaticus auf das Zustandekommen der Purpura, da in diesem Falle mit einer erhöhten Resorptionsfähigkeit des Darmes und einer erhöhten Reaktionsfähigkeit des Gesamtorganismus nach Hart gerechnet werden muß.

R. Ley-Kreuznach.

Purpura exanthematica et colloidoclastica (Purpura exanthématique et colloidoclasie), von V. de Lavergne u. R. Bize-Paris. (Presse méd., 1924, Nr. 72, S. 730.) Die Entstehung der exanthematischen Purpura führen Verff. auf anaphylaktische, kolloidoklastische Vorgänge zurück und begründen dies durch verschiedene Analogien und Beobachtungen auch von anderen Autoren. Verschiedene Medikamente (Antipyrin, Novarsenobenzol u. a.) haben die Fähigkeit, kolloidoklastisch zu wirken und neben anderem ein Exanthem hervorzurufen. Desgleichen die Injektion von Serum. Auch ist anzunehmen, daß der Darmkanal für manche Ingesta eine besondere Empfindlichkeit besitzt und unter gewissen Bedingungen auch hämoklastische Substanzen ausbildet.

A. Philippi-Bad Salzschlirf.

Über Spontangangrän an den unteren Extremitäten, von F. Kazda, II. Chir. Univ.-Kl. Wien. (D. Zschr. f. Chir., 1924, Bd. 187, H. 1/2, S. 87—113.) Die Besprechungen beziehen sich auf solche Formen von Gangrän, die ihren Grund in Erkrankungen der arteriellen Gefäße finden. Bei diabetischer Gangrän ist abwartende Therapie nur bei leichtesten Formen der Zuckerausscheidung und lokalen Erscheinungen zu versuchen, sonst, wenn noch kein Koma besteht, die Oberschenkelamputation auszuführen. Bei trockenen Formen der Gangrän kann die Oberschenkellappenwunde genäht werden, bei infizierten Fällen, bei feuchter Gangrän Durchdrainage mit Gummidrain, Situationsnäte. Die Prognose ist immer zweifelhaft. E. Levin-Berlin.

Ein Fall von Raynaudscher Krankheit mit Befallensein der Füße, der linken Retina und des Herzens (A Case of Raynaud's Disease Involving the Feet, the Left Retina and the Heart Wall), von C. E. Shinkle-Cincinnati. (J. Am. m. Ass., 1924, Bd. 83, Nr. 5, S. 355.) 44jähr. Patientin. Es war möglich, den akuten Anfall von Arteriospasmus an einer lebenden Arterie ophthalmoskopisch zu beobachten. Mit Amylnitrit wurde ein außerordentlich günstiger therapeutischer Effekt erzielt. M. Gumpert-Berlin.

Ein kasuistischer Beitrag zur Behandlung seniler Gangrän, von K. Barth-Bad Nauheim. (M. m. W., 1924, Nr. 37, S. 1278.) Heilung unter Allgemeinbestrahlung des ganzen Körpers mit der Bachschen Lampe, Sonderbestrahlung des erkrankten Beines und intensiver Bestrahlung des Geschwüres. Daneben Badekur.

A. v. Notthafft-München.

Zur Behandlung der Varizen mit intravenösen Injektionen, von K. Linser, Univ.-Hautkl. Tübingen. (M. m. W., 1924, Nr. 16, S. 515.) Linser verwendet neuestens statt Sublimat auch 15—20%ige Kochsalzlösungen. 5—10 ccm. Abwarten mit dem Herausziehen der Nadel, bis das aspirierte Blut wieder dunkel geworden. Sonst perivenöse Entzündung. Ambulante Behandlung. Keine Emboliegefahr, weil es sich um Abteilungsthromben auf der geschädigten Intima handelt. Koagulationsthromben dagegen, wie sie Pyoktanin und Geneviers Chininurethan erzeugen, sind gefährlich.

A. v. Notthafft-München.

Erfahrungen mit Sublimatinjektionen bei Varizen, von C. Hempel, Chir. Univ.-Polikl. Leipzig. (M. m. W., 1924, Nr. 27, S. 900.) 50 Fälle. Kein Versager. Einmal Sublimatintoxikation mit gutem Ausgang. Dreimal unbedeutende, trockene Hartgangrän über dem Thrombus. Einmal Rezidiv in Kollaterale. Die Möglichkeit von mehr Rezidiven bei längerer Beobachtungszeit ist zuzugeben. In 3 Fällen von Unterbindung der Saphena magna und nachfolgender Injektion voller Erfolg. A. v. Notthafft-München.

Digitized by Google

Die periarterielle Sympathektomie (Periarterial Sympathectomy), von K. Black-Singapore. (Brit. m. J., 1924, Nr. 3318, S. 165.) Die von Leriche in Lyon 1913 beschriebene Operation der periarteriellen Sympathektomie hat erst nach der 1921 erfolgten Publikation von 64 fast durchweg erfolgreichen Operationen dieses Autors weitere Beachtung gefunden. B. hat bei 10 Chinesen wegen lepröser zum Teil sehr erheblicher Ulzerationen an den unteren Extremitäten das Verfahren im allgemeinen sehr wirksam gefunden. Es wird dabei die A. femoralis an der Spitze des Scarpaschen Dreiecks freigelegt, und die Adventitia wird in toto ungefähr einen Zoll weit abpräpariert und entfernt. Naht von tiefer Faszie und Haut. Bei einigen Pat. war die Wirkung der Operation frappant, jedoch blieb gelegentlich die Wirkung auch aus.

A. Philippi-Bad Salzschlirf.

Die Gefäßinnervation an den Extremitäten und die periarterielle Histonektomie (Sympathektomie), von Schilf, Phys. Univ.-Institut Berlin. (D. m. W., 1924, (D. m. W., 1924, Nr. 38, S. 1299.) Zum Studium der Innervation der Blutgefäße eignen sich die Gefäße an den Extremitäten am besten. Durch Tierversuch wurde festgestellt, daß die sympathischen vasokonstriktorischen Fasern mit den spinalen Nerven verlaufen und abschnittsweise die Gefäße versorgen. Lange sympathische Bahnen ziehen nicht mit dem Gefäß zur Peripherie. Beim Menschen liegen die gleichen Innervationsverhältnisse vor, wie aus den Resultaten der periarteriellen Histonektomie ersichtlich ist. Die Bezeichnung der Operation als „Sympathektomie" ist unzutreffend, da sympathische Bahnen nicht beeinflußt werden. Der Verlauf vasodilatatorischer Nerven ist noch unbekannt. Man weiß nur experimentell, daß nach Reizung des peripherischen Endes einer durchschnittenen hinteren Rückenmarkwurzel eine Vasodilatation in der betreffenden Extremität eintritt (antidrome Wirkung). Mit dieser Wirkung ist jedoch der Effekt der periarteriellen Histonektomie noch nicht erklärt. F. Harry-Wiesbaden.

Urtikaria und Erytheme.

Urtikaria durch physikalische Reize hervorgerufen (Urticaria Caused Specifically by the Action of Physical Agents [Light, Cold, Heat, Freezing, Burns, Mechanical Irritation, and Physical and Mental Exertion]), von W. W. Duke-Kansas City. (J. Am. m. Ass., 1924, Bd. 83, Nr. 1, S. 3.) Verf. rechnet die Urtikaria zu den Überempfindlichkeitskrankheiten, wie Heufieber und Bronchialasthma, und hat an Urtikariapatienten Versuche angestellt mit physikalischen Reizen wie Licht (Sonne oder künstliche Lichtquellen), Kälte, Hitze, Erfrieren, Verbrennen oder mit mechanischen Mitteln. Bei einem Pat. mit Überempfindlichkeit gegen Hitze konnte eine Eruption (Schwitzen) durch körperliche oder geistige Anstrengung hervorgerufen werden. Auffallende Unterschiede ergeben sich bei der Reaktion des einzelnen gegenüber dem lokalen Reiz; bei vielen schwachen, rein örtlichen Reizen an kleinen Hautpartien angewandt, kam es zu generalisierten Urtikariaeruptionen. Hier handelt es sich fast immer um Fälle, wo in der Familie mehrere Urtikaria-, Heufieber- oder Asthmakranke waren. Bei diesen kam es auch öfters im Anschluß an die Urtikaria zu Kollapsen und Eosinophilie. Bei den meisten Pat. besteht nur Überempfindlichkeit gegenüber einem der genannten Reize. Es zeigte sich, daß man betreffs der Reaktion zwei Typen unterscheiden konnte, nämlich solche mit rein örtlich begrenzten und solche mit generalisierten Eruptionen. Bei allen Fällen, die häufig dem schädigenden Reiz ausgesetzt sind, kann es zu Zuständen, wie Ekzemen, Teleangiektasien oder Pruritus kommen. A. de Lemos-Hamburg.

Herpes.

Ein experimenteller Beitrag zur Frage der Herpesinfektion, von R. Vegni, Inst. f. Hyg. Kgl. Univ. Siena. (Zschr. f. ges. exp. Med., 1924, Bd. 43, H. 1/2, S. 9.) Verf. gibt eine Bestätigung der Versuche von der Übertragbarkeit des Herpesvirus auf die Kaninchenkornea und seiner Weiterimpfung in vielen Passagen, wobei je nach den Stämmen ein Schwächerwerden und ein Erlöschen der Virulenz beobachtet wurde. Auch bezüglich der Immunitätsverhältnisse und der histologischen Untersuchungen von Nervensystem und Kornea gibt Verf. nur bekannte Tatsachen. Das pathologisch-anatomische Bild des zentralen Nervensystems ist, wie bereits von anderen Untersuchern hervorgehoben, ein sehr variables und hängt von dem Verlauf der Erkrankung ab. Dabei sind die Erkrankungserscheinungen der Hirnhäute imponierender als die der Nervensubstanz, von der besonders der graue Teil befallen ist. Die Veränderungen zeigen sich

Digitized by Google

in der Hauptsache in Form von diffuser Hyperämie, punktförmigen Blutungen, meist perivaskulären Infiltraten, Gliawucherungen und auch degenerativen Veränderungen der nervösen Elemente. An der Kornea fand Verf. ebenfalls Degeneration des Epithels (Unnas „ballonierende Degeneration") und kleinzellige Infiltration. Die als Herpeskörperchen angesehenen Gebilde von Lipschütz kann Verf. nicht bestätigen. Verf. gelang es auch, durch Virusimpfung unter die Haut oder in den Hoden Allgemeininfektion und Tod des Versuchstieres herbeizuführen. Katzen und Hühner erwiesen sich refraktär gegenüber der Herpesinfektion. Das Virus selbst konnte in vitro durch das Serum immunisierter Kaninchen neutralisiert werden, indem virulentes Sekret (Augensekret oder Gehirnemulsion), mit Serum immunisierter Kaninchen zusammengebracht, seine Infektiosität für Kaninchen verlor, was durch Serum von Normalkaninchen nicht zu erreichen war. Dagegen hatte die gleiche Wirksamkeit jedes menschliche Serum. Herpesvirus, das eine Stunde lang einer Temperatur von 50° ausgesetzt wird, verliert seine Virulenzwirksamkeit vollkommen, dagegen behält es in 60%igem Glyzerin neutral im Eisschrank konserviert, für die Zeitdauer einiger Monate seine Wirksamkeit bei, und zwar nur für die Gehirnimpfung, während es schon frühzeitig seine keratogene Wirksamkeit verliert. B. Peiser-Berlin.

Das Herpesvirus, seine ätiologische und klinische Bedeutung, von W. Grüter, Univ.-Augen-Kl. Marburg. (M. m. W., 1924, Nr. 31, S. 1058.). Das Bild der Impfkeratitis wird beschrieben. Die Empfindungslosigkeit der Hornhaut folgt der Bläschenbildung, nicht umgekehrt, wie es für die trophische Lehre notwendig wäre. Verf. hat schon 1910—1914 durch eine Reihe von Experimenten erwiesen, daß ein ganz bestimmter Krankheitserreger zugrunde liegen muß. Prioritätsansprüche gegenüber Löwenstein. Am Auge bestehen zwei Modifikationen des Herpesvirus, eine stärkere und eine schwächere; jene erzeugt beim Kaninchen Keratitis dendritica, diese Keratitis vesiculosa bzw. punctata. Es gelang, beide Arten ineinander überzuführen. Durch Steigerung der Virulenz kann man geradezu Enzephalitisendemien erzeugen. Schwaches wie starkes Virus haben eine ausgesprochene Affinität zum Nervensystem. Daß Encephalitis lethargica darauf zurückzuführen sei, ist unbewiesen. Beim Menschen ist das Gift auch dermatotrop und erzeugt auch eine ganze Reihe von Hornhauterkrankungen. Das morphologische Bild der verschiedenen herpetischen Hauterkrankungen gibt kein sicheres Urteil, welche Virusform vorliegt; darüber entscheidet nur der Impfversuch am Kaninchen. Stärkeres Virus fand sich häufiger bei Herpes facialis, speziell labialis, schwaches bei Zoster; bei Impetigo contagiosa kommen beide Virusarten vor. Bei disponierten Individuen erzeugt die Überimpfung eines Gemisches aus stärkerem Herpesvirus und Eitererregern der Haut typische Impetigo contagiosa. Letztere sind nicht die Erreger; ihre Beimischung gibt nur dem Krankheitsbild das eigentümliche Gepräge. Das Virus findet sich meist primär auf den Schleimhäuten und kann lange latent bleiben. Bei Einfluß von Schädlichkeiten kann es pathogen werden und auf ektogene (Impetigo contagiosa) und endogene Weise die Haut angreifen. Letzteres kann auf dem Blutlymphwege und per continuitatem innerhalb des Nervensystems geschehen. Herpes simplex und zoster sind ätiologisch nicht mit Sicherheit zu trennen. Klinisch sind sie durch die verschiedene Stärke der Nervenbeteiligung voneinander unterschieden. Es besteht kein Grund, einen besonderen Erreger für den Zoster anzunehmen. Die Disposition des Menschen dürfte entscheiden, ob ein Herpes simplex oder ein Zoster der Infektion folgt. A. v. Notthafft-München.

Über die Pathogenese des Herpes febrilis: Häufigkeit der Herpesinfektion im latenten Zustande beim Menschen, von P. Bastai und A. Busacca, Med. u. Ophth. Univ.-Kl. Turin. (M. m. W., 1924, Nr. 31, S. 1056.) Überimpfungen von menschlichem Blut und menschlicher Zerebrospinalflüssigkeit auf Kaninchen, aus welchen hervorgeht, daß die Zahl der mit latenter Herpesinfektion behafteten Personen sehr groß ist. A. v. Notthafft-München.

Ergebnisse der neueren experimentellen Forschungen über die Ätiologie des Herpes simplex und des Zoster, von R. Doerr-Basel. (Zbl. f. Haut- u. Geschlechtskrkh., Bd. 13, H. 9, S. 417—447.

Über das Vorkommen von Herpes zoster bei Hodgkinscher Krankheit (The Occurence of Herpes Zoster in Hodgkins Disease), von H. K. Pancoast-Pennsylvania u. E. P. Pendergrass-Philadelphia. (Am. J. m. sc., 1924, Bd. 168, S. 326.) Herpes zoster bei Hodgkin häufiger, als man annehmen möchte. Ursache ist der Druck der Neubildung auf den Nerven, in dessen Gebiet sich die Hauterscheinungen zeigen, ferner

Digitized by Google

eine auf die Haut fortgeleitete periphere Neuritis. Verff. beschreiben 4 Fälle von Hodgkin und einen Fall von Ovarialsarkom, in deren Verlauf ein Herpes zoster auftrat. 1. Hodgkin: Bei 10jähr. Mädchen wurden 1917 vergrößerte Drüsen auf der linken Halsseite operativ entfernt, Diagnose H., Röntgenbehandlung. 1923 waren Hals-, Axillar- und Inguinaldrüsen beträchtlich vergrößert. Pat. hatte schweren Zoster auf der rechten Brustseite. Diese Läsionen heilten nicht alle glatt ab; es bildeten sich Keloide. Ein mediastinaler Tumor war zu der Zeit auch röntgenologisch nicht festzustellen. 2. Hodgkin: 27jähr. Frau bekam kurz vor dem tödlichen Ausgang ihrer Erkrankung einen schweren hämorrhagischen Zoster in der rechten Lumbalgegend, der 8 Wochen dauerte. In dieser Zeit waren starke Drüsenschwellungen in der Nierengegend palpabel. 3. Fall zeigt außer sonstigen charakteristischen Drüsenschwellungen röntgenologisch vergrößerte Hilusdrüsen. Gleichzeitig ein leichter Anfall von Herpes zoster auf der linken Brustseite. 4. Fall: 49jähr. Frau seit 1917 erkrankt, Röntgenbehandlung. 1920 Herpes zoster im Gebiete des rechten N. femorocutaneus, gleichzeitige Drüsenschwellung im Becken oder Inguinalgegend konnte nicht festgestellt werden. 5. Fall: Ovarialsarkom mit ausgedehnten Metastasen im Bauchfell (operiert 1921). 1923 schwere Herpes zoster links im Gebiet des N. intercostalis 11 und 12 und lumbalis 1. Röntgenuntersuchungen auf Tumoren in der Brusthöhle oder an der Wirbelsäule negativ. Nach der allerdings geringen Zahl von beobachteten Fällen schließen die Verff., daß die Schwere der Zostererscheinungen nicht von der Schwere des Hodgkin abhängig ist. Sie halten es ferner für wünschenswert, den Herpes zoster als gelegentliches Hautsymptom bei der Besprechung von Hodgkin und maligner Tumoren zu erwähnen.

F. J. Baar-Bad Kreuznach.

Lähmungen des Plexus brachialis im Gefolge von Zoster (Paralysies du plexus brachial consécutives au zona), von A. Goyet u. Chaix. (Lyon méd., 1924, Bd. 134, Nr. 42, S. 509—515.) Die Topographie der Lähmungen entspricht den befallenen Wurzelgebieten. Es handelt sich um meist unvollkommene Lähmungen mit Amyotrophie und Störungen der Sehnenreflexe; meist bestehen Störungen der elektrischen Erregbarkeit. Der Verlauf ist meist ein günstiger. Die Pathogenese der Erkrankung ist am besten durch eine direkt durch die Entzündung des Spinalganglions verursachte Läsion der vorderen Wurzeln zu erklären. E. Lewin-Berlin.

Herpes zoster mit motorischen und reflektorischen Störungen in der Regio thoraco-abdominalis (Herpès zoster s'accompagnant de symptômes moteurs et de troubles dans la région thoraco-abdominale), von N. Ahlén-Gothenburg. (Acta Med. Scand., 1924, Bd. 61, H. 1, S. 8.) Bei zwei Fällen von Herpes zoster thoracalis fand Verf. neben Sensibilitätsstörungen des entsprechenden Bezirkes leichte Paresen im Gebiet des Mm. abdominis transversus und obliquus, und zwar in den Segmenten, die den affizierten Dorsalsegmenten entsprachen. Die Lähmung zeigte sich besonders bei Anspannung der Bauchmuskulatur, wobei der Nabel und die Linea alba sich nach der gesunden Seite hin verschoben. Außerdem waren die thorako-abdominalen und teilweise auch die abdominalen Reflexe auf der kranken Seite aufgehoben. B. Peiser-Berlin.

Ein Fall von Zoster mit Erlöschen des oberen thorako-abdominalen Reflexes (Un cas de zona s'accompagnant de la disparition du réflexe thoraco-abdominal supérieur), von A. Barkman. (Acta Med. Scand., 1924, Bd. 61, H. 1, S. 1.) In früheren Arbeiten hat Verf. einige neue Hautreflexe des Rumpfes beschrieben, die er als thorako-abdominale Reflexe bezeichnet hatte. Er unterschied davon einen oberen, mittleren und unteren, deren Reflexbogen etwa den 4. bis 8. Dorsalsegmenten entsprechen sollen. Bei einem Fall von rechtsseitigem Herpes zoster thoracalis in Höhe des 2. bis 5. Dorsalsegmentes konnte Verf. neben herabgesetzter Sensibilität in dem entsprechenden Bezirk eine vollständige Aufhebung des oberen thorako-abdominalen Reflexes der rechten Seite konstatieren. Außerdem zeigte der betreffende Hautbezirk eine herabgesetzte elektrische Erregbarkeit gegen faradischen Strom. P. Peiser-Berlin.

Prurigo und Pruritus.

Über die Lebervenensperre und die alimentäre Hämoklasie bei Prurigo vulgaris, von W. Brack, Derm. Kl. Basel. (Kl. W., 1924, Nr. 42, S. 1898.) Verf. faßt die Prurigo als eine „auf nervöser Überempfindlichkeit beruhende Krankheit" auf. Sie beruht auf einer abnormen Schwäche des Vagus, wozu es leicht zu sympathischen Reizerscheinungen kommt. Ein hervortretendes Symptom ist die alimentäre Hämoklasie

Digitized by Google

(a. H.), die bei der Prurigo ebenso wie bei anderen alimentären Idiosynkrasien auftritt. Differentialdiagnostisch kann durch die a. H. die Prurigo abgetrennt werden in leichten Fällen von Skabies, bei ausgedehnten Lichenifikationen gegenüber chronischem Ekzem und Lichen chron. Vidal, während die Prurigo Hebrae in dasselbe Gebiet zu rechnen ist. Die a. H. dokumentiert sich durch vorübergehendes Sinken des Blutdruckes, der Leukozytenzahl und des Eiweißgehaltes; letzteres ist das sicherste Phänomen. Wahrscheinlich werden diese Symptome der a. H. durch eine „Aktion der Lebervenensperre" veranlaßt. Therapeutisch hat Verf. sehr gute Erfolge erzielt mit einer Peptonbehandlung, und zwar verordnet er: 5 mg Pepton (+ 0,6 g Saccharin in Amylumkapseln) dreimal täglich vor den Mahlzeiten 2—3 Wochen lang und länger. Dazu gibt er anfangs in größeren, dann in fallenden Dosen Bromsalze und in den ersten Tagen vor dem Schlafengehen 0,1 Dial. Verbot resp. Einschränkung von Alkohol, Tabak und Kaffee. Auch die Eigenbluttherapie hat gute Erfolge gezeitigt. E. Langer-Berlin.

Thermische und traumatische Hautschädigungen.

Zur Frage der Spezifizität der Wundhormone, von K. Nasvytis-Kowno. (D. m. W., 1924, Nr. 37, S. 1248.) In einer früheren Arbeit (D. m. W., 1922, Nr. 6) hat Verf. mitgeteilt, daß nach Reinjektion einer kleinen durch Defibrinieren und Gefrieren veränderten Blutmenge eine etwa eine Woche anhaltende Vermehrung der roten Blutkörperchen eintritt. Zur Klärung der Frage, ob die die Blutneubildung bewirkenden Stoffe spezifischer Natur sind, hat Verf. Versuche mit zertrümmertem Gehirn angestellt. Dabei zeigte es sich, daß keine Vermehrung der Erythrozyten erfolgt. Die Injektion von zertrümmertem Knochenmark dagegen bewirkte einen Anstieg der roten Blutkörperchen. F. Harry-Wiesbaden.

Über lokale Azidose der per primam heilenden Wunden, von S. Girgolaff, II. Chir. Kl.-Med. Akad. St. Petersburg. (Zbl. f. Chir., 1924, Nr. 42, S. 2297.) Experimentelle Untersuchungen an Kaninchen ergaben, daß ein Zusammenhang besteht zwischen Wundheilung und Wasserstoffionenkonzentration in den betreffenden Geweben, ähnlich wie wir es für die Entzündung wissen. Der Heilungsvorgang bei einer primär heilenden Wunde verläuft unter einer Reaktion, die deutlich saurer ist als in der Norm. Diese Steigerung der Wasserstoffionenkonzentration setzt schon wenige Stunden nach der Verletzung ein, um nach 24 Stunden ihr Maximum zu erreichen. Sie ist der Ausdruck einer lebhafteren Zelltätigkeit an dieser Stelle. F. Landauer-Berlin.

Über eine Modifikation des Epithelisierungsverfahrens vermittels des Epithelbreies, von H. Hilarowicz, Chir. Univ.-Kl. Lemberg. (Zbl. f. Chir., 1924, Nr. 40, S. 2192.) In Fällen, bei denen die von Pels-Leusden angegebene Injektionsepithelisierung versagte, stach Verf. am Rand des Geschwüres ein feines Messerchen zwischen Epidermis und Korium ein, etwa 6—8 mm tief. Zur Stillung einer etwaigen Blutung kam ein kleines Streifchen für einige Minuten in die entstandene Tasche. Danach wurde diese mittels einer Sonde mit möglichst trockenem Epithelbrei angefüllt. Wichtig ist, daß der Epithelbrei wirklich in die Haut und nicht unter sie gebracht wird und daß er nicht zu bluthaltig ist. Bei größeren Defekten empfiehlt es sich mehrere Taschen nebeneinander zu bilden. F. Landauer-Berlin.

Primärer Wundverschluß und Sehnennaht bei unreinen Wunden, von A. Niedermeyer-Schönberg, O.-L. (Zschr. f. ärztl. Fortb., 1924, Nr. 18, S. 547.) Von den Morgenrothschen Präparaten hat sich vor allem das Rivanol zur Wunddesinfektion dem Verf. bewährt. In den Fällen, wo der Arzt gezwungen ist, sowohl der Wundinfektion vorzubeugen, wie auch dem Wunsche nach primärer Vereinigung der Wunde gerecht zu werden, haben sich Nahtverschluß der Lappenwunde nach vorheriger Wundtoilette mit Rivanol und anschließendes Anlegen seitlicher, oberflächlicher Inzisionen im Gesunden „als Sicherheitsventile" zur Ableitung der Eiterung an den Nahtstellen sehr bewährt. F. Jacobsohn-Berlin.

Die Rettung der primären Heilung bei infizierten Nahtwunden durch Rivanol, von W. Block, Chir.-gyn. Abt. Marienhospital Witten a. d. Ruhr. (W. kl. W., 1924, Nr. 38, S. 1717.) Bei Wunden, die durch leichte Temperatursteigerung oder beim ersten Verbandwechsel durch entzündliche Veränderungen als infiziert zu erkennen waren, hat Verf. die „primäre Heilung" in einer guten glatten lineären Narbe durch die Injektion von Rivanollösung in einer Verdünnung von 1 : 4000 in fast allen Fällen gerettet. Er

Digitized by Google

ging dabei so vor, daß in die Nahtlücken der infizierten Wunden diese Rivanollösung unter leichtem Druck vorsichtig mit einer stumpfen Kanüle eingespritzt wurde. Auf diese Weise geschieht, da es sich um eine Unterspritzung unter die liegenbleibenden Nähte handelt, gewissermaßen eine Durchspülung der Wunde. Verf. warnt vor der Benutzung spitzer Kanülen, da durch diese sehr leicht eine Infiltration in das Gewebe vorgenommen wird, was er vermieden wissen will. Desgleichen ist es unratsam, von vornherein in die Wundnaht die Rivanollösung zu spritzen, ohne daß eine Infektion dazu Veranlassung gibt, da das Rivanol hemmend auf den Wundablauf und besonders die Granulationsbildung wirkt. Bei der von ihm angegebenen Methode tritt diese Zellschädigung hinter dem Erfolg der Beseitigung einer Wundinfektion zurück.

E. Langer-Berlin.

Zu Goldjanitzki: Zur Frage der „integralen" Therapie infizierter Wunden. Zbl. f. Chir., 1924, Nr. 29 (Nr. 37, S. 2019). Die Technik ist folgende: In eine 20 ccm-Spritze werden 14 ccm einer $^1/_4$%igen Novokainlösung angesaugt; darauf werden mit derselben Spritze aus der Ellenbogenvene 5 ccm Blut entnommen und nun beide Flüssigkeiten in der Spritze innig vermischt, bis das Gemisch vollständig klar ist. Jetzt wird die Spritze noch mit 1 ccm einer 8%igen NaCl-Lösung aufgefüllt und die so hergestellte Flüssigkeit zur Infiltration des Gewebes verwandt. F. Landauer-Berlin.

Zur Frage der „integralen" Therapie (Eigenblutbehandlung) infizierter Wunden, von G. Wolfsohn-Berlin. (Zbl. f. Chir., 1924, Nr. 40, S. 2194.) Während G. glaubt, durch seine Methode nur der Natur zu folgen und „die natürlichen Heilkräfte des Organismus zu unterstützen", möchte Wolfsohn die Eigenblutumspritzung nicht als integrale Therapie, sondern vielmehr als unspezifische Reizbehandlung aufgefaßt sehen.

F. Landauer-Berlin.

Über die vier Arten von Hauttransplantationen und eine verbesserte Methode der Behandlung von Skalpierten (Principles of the Four Types of Skin Grafting with an Improved Method of Treating Total Avulsion of the Scalp), von C. A. Mc Williams-New York. (J. Am. m. Ass., 1924, Bd. 83, Nr. 3, S. 183.) Bei Transplantation von Haut oder Organen fremder Spender, auch von nahen Verwandten sah Verf. fast nie Erfolge und berücksichtigt deshalb nur die Eigentransplantationen 1. mit Thierschen Läppchen, 2. mit Reverdinschen, Epidermis und Kutis enthaltenden Läppchen, 3. mit dicken ungestielten und 4. mit gestielten Lappen. Die Thiersche Plastik ist der Reverdinschen vorzuziehen, weil die letztere oft Anlaß gibt zu starken Kontrakturen der Narbe. Mit Thierschen Lappen behandelte Verf. ein 12jähr. total skalpiertes Mädchen. Die noch vorhandene Kopfhaut mit den Haaren, nekrotisch und vereitert, die von anderer Seite zu befestigen versucht war, konnte Verf. nur zur Herstellung einer Perücke verwenden. Die von der Kopfhaut versuchsweise aufgelegten Läppchen wurden alle nekrotisch, während alle übrigen Läppchen haften blieben. Das Anwendungsgebiet der freien, dicht gestielten dicken Lappen sind vor allem offene Wunden mit einer Unterlage von Muskel. Fett ist viel ungünstiger. Alles subkutane Fett des freien Lappens ist gut zu entfernen. Das Transplantat ist an vielen Stellen zu punktieren, um für guten Sekretabfluß zu sorgen, außerdem gut zu befestigen; hierbei einen gewissen Druck auf die Oberfläche auszuüben ist durchaus nötig. Alle Plastiken mit gestielten Lappen sollten in zweizeitiger Operation ausgeführt werden, um nach der ersten Operation abzuwarten, ob auch keine Nekrose eintritt. Gestielte Lappen müssen das subkutane Fett behalten. Der Ersatz einer Augenbraue ist mittels gestielten Lappens von der Hälfte der erhaltenen Augenbraue gut auszuführen. Zur Befestigung des gestielten Lappens darf keinerlei Druck oder Zug ausgeübt werden, widrigenfalls Nekrose eintritt. Zur Bedeckung einer Wunde in einer der Gelenkgegenden (Hals, Achsel, Kniekehle usw.) sollten immer nur gestielte oder ungestielte dicke Lappen verwendet werden, weil bei diesen die späteren Narbenkontrakturen am geringsten sind. Bei Röntgenulzera sollte nach Entfernung aller Geschwürsreste mittels Kürette nur Thiersche Lappenplastik benutzt werden. Während gestielte Lappen, bei denen auf Schrumpfung zu rechnen ist, etwa ein Drittel größer zu schneiden sind als die zu bedeckende Wunde, sollten freie Lappen niemals größer geschnitten werden, da sonst der zur Befestigung erforderliche Druck bzw. Zug nicht eintritt.

A. de Lemos-Hamburg.

Duodenalgeschwür bei einem Falle von schweren Verbrennungen (Ulcera duodenale in un caso die gravi scottature), von Fr. Ronchesi, Abt. Fiocco, Venedig. (Riforma med., 1924, Nr. 32.) Verf. berichtet über einen Fall von Duodenalgeschwür,

Digitized by Google

welches 12 Tage nach Spitalaufnahme bei einer Pat. mit schwerer Verbrennung konstatiert wurde und 2 Tage später zum Exitus führte. Dieses ist der erste Fall, der unter 294 Fällen von schwerer Verbrennung in der Abteilung Fioccos konstatiert worden ist.
E. Freund-Triest.

Impetigo, Pyodermie, Diphtherie.

Über eine neue Behandlungsart der Impetigo contagiosa, von O. Sachs, Chem. Inst. Krankenanst. „Rudolfstiftung". (W. kl. W., 1924, Nr. 43, S. 1116.) 11 Fälle von ausgebreiteter Impetigo contagiosa des Gesichts bei Männern wurden mit subkutanen Injektionen von Gewebsextrakten aus Tunica albuginea der Corpora cavernosa penis des Rindes ohne anderweitige Lokalbehandlung zur Heilung gebracht. Biologisch handelt es sich wahrscheinlich um eine Steigerung der schon normalerweise in der Haut vorhandenen Abwehrvorrichtungen durch unspezifische Gewebsextrakte gegenüber einer bakteriellen Hauterkrankung und um einen weiteren Ausbau der Proteinkörpertherapie. Weitere therapeutische Nachprüfungen sollen erst die praktische Brauchbarkeit dieser Behandlungsart bestätigen. Fendt-Wiesbaden.

Pyodermitis vegetans (Hallopeau), von Aversari, Klinik Stanziale, Neapel. (Riforma med., 1924, Nr. 32.) Kasuistischer Beitrag. 27jähr. Mann. Luet. Inf. negiert. Beginn der Erkrankung vor 20 Monaten in Form von kleinen harten, schmerzlosen, juckenden Knötchen am Skrotum, welche in kurzer Zeit bis erbsengroß wurden. Nach einigen Monaten Auftreten ähnlicher Manifestationen in beiden Axillae und auf den Lippen. Später verschlimmerte sich das Leiden, und es trat Nässen auf. Objektiv stellt sich die Affektion als papilläre Wucherung mit regressiven Veränderungen, die aus zahlreichen isolierten oder gruppierten verschieden großen Pusteln entstanden sind, dar. Auf den Lippen bestehen Krusten und nässende Papeln. Interner Befund: keine Alterationen. Während des Spitalaufenthaltes kam es zu neuen Eruptionen von Pusteln. Röntgenbestrahlungen und lokale Teerbehandlung brachten Heilung. Es gelang aus den Granulationen Staphylokokken zu isolieren. E. Freund-Triest.

Das Verhalten der Diphtheriebazillen auf den menschlichen Geweben (Beitrag zur Kenntnis der Wunddiphtherie). Experimentelle Untersuchungen (Il compostamento dei bacilli difterici sui tessuti umani [Contributo alla conoscenza della difterite delle ferite]. Ricerche sperimentali), von L. Radice-Neapel. (1924.) Am Material des städtischen Krankenhauses Moabit wurde im bakteriologischen Laboratorium desselben festgestellt, daß der virulente Löfflersche Bazillus auf Wunden, gleichviel ob er zufällig oder auf künstlichem Wege dahin gebracht wurde, bald seine bezeichnenden Eigenschaften verlieren und sich in einen ungiftigen Bazillus verwandeln kann, der nach Gestalt, Lebenseigenschaften und Verhalten auf künstlichen Nährböden eines Wesens ist mit den bis heute beschriebenen diphtherieähnlichen Bazillen (Bacillus paradiphthericus, dermofilus usw.). Dagegen erleiden die Paradiphtheriebazillen auf Wunden keine derartigen Veränderungen. A. v. Notthafft-München.

Hautdiphtherie im frühen Kindesalter, von J. Reinhardt, Kinderhosp. Magdeburg. (M. m. W., 1924, Nr. 19, S. 610.) Mitteilung mehrerer Fälle von Hautdiphtherie; in einem Falle Tod nach Entwicklung von Allgemeinerscheinung. Empfehlung von Serumbehandlung und örtlicher Anwendung 5%iger alkoholischer Lösung basischen Eukupins oder 1%iger Vuzin-bihydrochloricum-Vaseline.
A. v. Notthafft-München.

Nachdruck (auch des Abschnittes „Tagesg. Nachr.") ist ohne Genehmigung des Verlegers nicht erlaubt.

Verantwortlich für die Redaktion: für Originalabhandlungen und T. N.: Prof. Dr. J. H. Rille, Leipzig. Für den Referatenteil: Dr. M. Unna, Hamburg-Bergedorf.

Digitized by Google

Dermatologische Wochenschrift

Nr. 10 (Bd. 80) 7. März 1925

Drei historische Fixpunkte im Bekanntwerden der Syphilis.

Von

Karl Sudhoff in Leipzig.

Als der Göttinger Kliniker und hervorragende Vertreter historischer Pathologie, Konrad Heinrich Fuchs (1803—1855), im Jahre 1843 im Anhang zu seiner Sammlung der ältesten Schriftsteller über die Lustseuche in Deutschland die historischen Zeugnisse über diese Krankheit zusammenordnete, setzte er an die erste Stelle Kaiser Maximilians „Edictum in blasphemos" vom 7. August 1495. Er kannte es nur in der lateinischen Gestalt, wie es in Goldasts „Constitutiones imperiales" überliefert ist, worin als drohender Gottesstrafe vom „novus ille et gravissimus hominum morbus" die Rede ist, „quem vulgo malum Francicum vocant".

Fuchs selbst sagt zu diesem krankheitsgeschichtlich wichtigen Dokument kein Wort. Er sah mit dem ihm eigenen sicheren historischen Blick nur dessen chronologische Bedeutung; die ist denn auch durchaus erstklassig und über jeden Einwand erhaben. Besser dokumentiert kann in jenen Zeiten gar nichts sein, als wenn dies durch ein Reichstagsedikt geschah, das in Gegenwart und unter Zustimmung sämtlicher Würdenträger des Reiches vom Kaiser selbst vollzogen wurde. Am 7. August 1495 war also die Syphilis mindestens in der deutschen Mittelrheingegend derart bekannt und landeskundig, daß man durch eine Drohung mit ihr bei allem Volke Eindruck zu machen bestimmt erwarten konnte. Fuchsens Nachfolger haben mit der Tatsache dieser Bekanntschaft offenbar gar nichts anzufangen vermocht, oder sie sind an ihr vorübergegangen, weil die Einwandfreiheit dieses historischen Zeugnisses ihnen unbequem war. Ich kann nicht leugnen, daß diese Beobachtung mich einigermaßen befremdete. Kopfschüttelnd ging ich meinen Untersuchungsweg weiter. Es galt zunächst, das, wie es schien, noch von keinem Krankheitshistoriker gesehene deutsche Originaledikt in die Hand zu bekommen und dessen Wortlaut kennen zu lernen.

Meine Nachforschungen waren von Erfolg gekrönt, und ich konnte den deutschen Text vom August 1495 im Januar 1912 bekanntgeben und den Kölner Originaldruck vom Herbst 1495 reproduzieren lassen, wie er im Winter 1495/96 ins deutsche Volk ging und durch Herolde und „Parsevanten" des Kaisers allenthalben unter Trommelrühren und Trompetenstoß verkündet wurde, darin es von „schwer Krankheiten und Plagen der Menschen" laut wurde, „genannt die bösen Plattern, die vormals bei Menschen gedächtnus nie gewesen".

Digitized by Google

Man nannte also die Lues im August 1495 „die bösen Plattern", was der erste deutsche Syphilis-Autor Schellig kurz darauf mit „pustulas malas" übersetzt hat, indem er beifügte „morbum quem malum de Francia vulgus appellat", eine Vulgärbezeichnung, die man ins Kaiserliche Edikt aufzunehmen damals sich noch scheute.

Diese Sachlage ist vollständig eindeutig. Aber der Tag der Beschlußfassung über die Promulgation und den Wortlaut des Ediktes, der 7. August 1495, bedeutet doch nur einen Abschluß. Man hatte sich mindestens im Kreise der Eingeweihten, vermutlich in aller Öffentlichkeit auf dem Reichstage mit dieser „neuen Krankheit" ausgibig seit Wochen oder länger schon beschäftigt, ehe diese redaktionelle Formel in den endgültigen Beschluß Aufnahme fand.

Gerade für das Gotteslästerermandat hatte sich König Max ganz besonders interessiert; es war ihm Herzensangelegenheit, und es war anzunehmen, daß eine Ausarbeitung dazu im Entwurf schon vorlag, als Maximilian mit seiner Kanzlei im März 1495 nach Worms an den Rhein übersiedelte. Ich mußte darüber Klarheit zu schaffen versuchen, weil es für die Kenntnis der Syphilis in Deutschland doch von grundlegender Bedeutung war oder doch werden konnte, ob die Erwähnung der „bösen Blattern" schon im Konzept der Kaiserlichen Kanzlei vom Winter 1494/95 gestanden hatte, oder ob diese Krankheitserwähnung, wie ich für das Wahrscheinlichste hielt, erst während der Verhandlungen auf dem ersten Reichstag Maximilians in Worms in das Konzept seiner Kanzlei hineingefügt wurde, um dann bei der Schlußredaktion Anfang August als besonders eindrucksvolle aktuelle Floskel unter allgemeinem Beifall im offiziellen Schlußwort zu erscheinen.

So lautete meine historische Konjektur 1912, da doch die Syphiliskenntnis von Westen her ihren Eingang nach Deutschland gefunden haben mußte. Und richtig, es war so. Der gewissenhafte Leiter der Kanzlei hatte den Entwurf aus dem vorhergehenden Winter aufbewahrt und neben den am 7. August 1495 beschlossenen und bekräftigten Wortlaut gelegt.

Und in dieses Konzept aus Maximilians Kanzlei ist nun tatsächlich erst während des Sommers 1495 die aktuelle Floskel eingetragen worden, und zwar, wie mit großer Wahrscheinlichkeit anzunehmen ist, auf Veranlassung oder gar durch die Hand des Grafen Bertold von Henneberg (1442—1504), Erzbischofs und Kurfürsts von Mainz, der auf Maximilians Wunsch in die Reichskanzlei eingetreten war und seine selbständige Arbeit als Reichserzkanzler eben auf dem Wormser Reichstag in voller Wirksamkeit übernommen hatte (A. D. B. II, S. 256). Bertold litt damals schon selbst an der Lues, kannte also ihre Schrecken aus eigener Erfahrung. Doch das ist für diesmal Nebensache, ebenso die bis zu meinen Untersuchungen übersehene seuchenpolizeiliche Auswirkung der emphatischen Betonung der neuen Krankheit.

Auch für die Frage der Chronologie ist das Untersuchungsergebnis bedeutungsvoll. Es ergibt sich, daß für den Winter 1494 auf 1495 für Wien eine Bekanntschaft mit der Syphilis durch diese Aktenstücke nicht nachgewiesen werden kann, wenn auch die Krankheit selber dort wohl schon bestanden haben mag. Diesem argumentum ex silentio steht

Digitized by Google

aber völlig eindeutig als positiv auf das strickteste erwiesen die Tatsache gegenüber, daß spätestens im Juli 1495 die Syphilis in der deutschen Mittelrheingegend als solche bekannt war.

An dieser einfachen und klaren geschichtlichen Tatsache hat nun ALFRED MARTIN, Badearzt in Nauheim, vor bald fünf Jahren einen krampfhaften Verdunkelungsversuch in dieser Zeitschrift unternommen und ihn vor Jahresfrist in der Schweizerischen Medizinischen Wochenschrift (1924, Nr. 7, vom 14. Februar) wiederholt, um die Fiktion der Amerikanisten zu retten, die Syphilis sei erst zu Ende des Jahres 1495 durch die zurückströmenden Söldnerscharen Karls VIII. über die Schweiz, Deutschland und das weitere Europa, auch Frankreich, verbreitet worden. Daß diese Heerfahrer mit Lues beladen waren, ist selbstverständlich, das braucht doch nicht erst bewiesen zu werden; aber daß man ein halbes Jahr früher die Syphilis am Mittelrhein schon kannte, ist wichtig. Nun will uns Herr M. weißmachen, die Korrekturen im Konzept seien nach der amtlich beglaubigten Schlußredaktion vom 7. August erfolgt. Eine solche Änderung des Wortlautes wäre nach damaligem und heutigen Rechte nur auf einem neuen Reichstag vor Kaiser und Reichsvertreter möglich gewesen, ist aber niemals erfolgt. Was MARTIN uns einreden will, wäre glatte Urkundenfälschung, damals wie heute. So wie ich das Edikt vom 7. August 1495 faksimiliert veröffentlicht habe, wurde es nach Prüfung des Wortlautes als mit dem am genannten Tage mit königlichen Insiegel besiegeltem Exemplare gleichlautend vom Kaiserlichen Sekretär beglaubigt und gültig geschrieben, daran ist nichts zu deuteln und nicht zu rütteln [1]).

Doch gehen wir weiter! Die Syphiliskenntnis war aus Frankreich an den Rhein damals gekommen und hatte schon eine gewisse Weltgültigkeit gefunden. Wie lange schon vor dem 7. August 1495? das ist einstweilen nicht festzustellen. Und auch wenn diese Feststellung irgendwie gelänge, so wäre damit durchaus noch nicht etwa bewiesen, daß die Syphilis selbst damals oder früher gerade aus Frankreich an den Rhein verschleppt worden wäre, wie man ähnliche Schlüsse unhistorischer Art immer wieder einmal zu lesen bekommt. Sicher, der Fall kam natürlich vor, vielleicht auch gar nicht so selten. Warum denn aber nicht der umgekehrte Fall? Auch den halte ich durchaus nicht für unmöglich trotz der Bezeichnung „morbus gallicus" und „Franzosenkrankheit". Wir sind hier doch nicht etwa Apostel der deutschen „Tugend", sondern Er-

[1]) Wenn MARTIN, um eine klare Sache weiter zu verwirren, davon redet, daß unter dem Konzept die Jahreszahl 1496 stehe, so ist allerdings richtig, daß, wie ich ja selbst berichtet habe, unter das sorgfältig geschriebene Konzept, das selbstredend kein Datum trug, als man es schließlich zu den Akten reponierte, mit flüchtiger Feder das Datum nachträglich eingetragen worden nach der Originalausfertigung, und dabei ist dem Registrator in den ersten Monaten des Jahres 1496 der Schreibfehler 1496 passiert, den er sofort in 1495 besserte, wie er auch versehentlich „achten tag des Monats Augusti" geschrieben hatte, was er in „sibenden" durch Ausstreichen und Überschreiben besserte. Sollte wirklich das doch korrigierte Jahr 1496 Geltung haben, so müßte auch das Folgende anders lauten: im August 1496 „vnser Reiche des Römischen im eilfften vnd des Hungerischen im sibenden Jaren". Es heißt aber „zehenden" und „sechsten", was nur für August 1495 zutrifft. Es ist also nichts mit diesen MARTINschen Trübungen des wirklichen historischen Sachverhaltes.

Digitized by Google

forscher epidemiologischer Wahrheit. Die Syphiliskenntnis ist in Frankreich älter als in Deutschland, und das ist ein französisches Verdienst, seuchengeschichtlich betrachtet, ein gallischer Ruhmestitel.

Darum sind auch die sub specie temporis zu wertenden polizeilichen Abwehrbestrebungen in Frankreich älter als in Deutschland, wo sie, durch das Gotteslästereredikt vom 7. August 1495 erst allmählich in Gang gebracht wurden.

In Frankreich hat man schon vor Jahrzehnten eine Pariser Polizeiverordnung aus jenen Tagen ans Licht gezogen [1]), die sich mit der grosse vérole befaßt, wie man damals schon in Paris die Syphilis benannte. Man hat im Datum dieser Pariser Polizeiverordnung eine zweite wichtige Fixzahl zu sehen, auf die vor Jahresfrist Julius Schuster mit recht nachdrücklich hingewiesen hat [2]).

„A Paris, 25 mars 1493" wurde eine Ordonnance erlassen „à son de trompe et cry public par les carrefours de Paris", daß „tous malades de la grosse vérole" die Stadt Paris sofort verlassen müssen, außerhalb der Stadt ihren Aufenthalt nehmen oder als Auswärtige in ihre Heimatsorte zurückkehren sollen. Wer am nächsten Tage noch in der Stadt angetroffen werden sollte, wird in der Seine ersäuft: „sur peine d'estre jectés en la rivière, sils y sont pris le jourd'huy passé"!

Ist nun auch der aktenmäßige „25. März 1493" ins Jahr 1494 unserer Zeitrechnung zu verweisen, in welchem Jahre Ostern auf den 30. März fiel, womit das Jahr 1494 amtlich erst begann, so ist doch dieser Dienstag der 25. März des Jahres 1494, an welchem man mit einem Polizeierlaß die stärkere Ausbreitung der „grosse vérole" (so heißt die Lues ja heute noch in Frankreich) in der Seinestadt einzudämmen suchte, ein sprechender Beweis gegen die Fabel, daß die Syphilis nach Frankreich durch König Karls VIII. zurückkehrendes Heer eingeschleppt und dort verbreitet worden sei. Karls VIII. kleine Armee hat erst am 2. September 1494 die Alpen zum Einmarsch nach Italien überschritten.

In Dirnen-, Zuhälter- und Lebemännerkreisen Frankreichs kannte man die „französische" Geißel des Geschlechtslebens schon lange vorher, schon seit vielen Jahrzehnten. Auch dafür gibt es eine unabweisliche, urkundlich festliegende Fixzahl, den 25. Juli 1463.

An diesem Tage, einem Montage, fand in Dijon eine Gerichtsverhandlung statt, deren Protokoll sich erhalten hat. Darin sagt ein Mädchen aus, es habe sich einen stürmischen Werber von seiner Vulva ferngehalten, indem sie ihm mitteilte „qu'elle avoit le gros mal". Der Erfolg sei gewesen, daß der Mann von der Kohabitationsabsicht abließ: „ayont horreur du mal". Damit ist für das Jahr 1463 die in Dirnenkreisen gangbare Bezeichnung „le gros mal" oder schlechthin „le mal" für syphilitische Infektion auf horizontalem Wege amtlich belegt. Mit diesem ominösen „mal" der Hurensprache ist auch der Terminus „mal français" im Munde der Ausländer festgelegt, speziell für die Norditaliener

[1]) Ordonnances des Rois de France de la troisième Race. Vingtième Volume, Paris 1840. S. 436f. — [2]) Janus, Arch. internat. pour l'Histoire de la Médecine, 1924, Bd. 28, S. 392f.

Digitized by Google

das „mal franzoso", wie wir das aus einem italienischen Rezeptbuch in Kopenhagen aus der gleichen Zeit kennen.

Wann sich im südlichen Frankreich diese Erkenntnis durchgesetzt hatte? vermutlich schon um die Wende zum 15. Jahrhundert, kurz vor oder nach dem Jahre 1400.

Die Loslösung des luetischen Symptomenkomplexes aus der Schar der chronischen Allgemeinerkrankungen mit starker Hautdeckenbeteiligung vermittels der Quecksilbersalbeneinreibung auf Hand- und Fußtellern und Beugeseiten war in Italien schon in der Mitte des 14. Jahrhunderts vollzogen. Man nannte dieses neuerkannte Leiden unterscheidend: scabies grossa, variola grossa usw. Die Erkenntnis von der vorwiegenden Verbreitung auf dem Geschlechtswege scheint in Frankreich errungen, war aber im letzten Jahrzehnt des 15. Jahrhunderts auch in Italien schon verbreitet.

Daß man sie fast als den ausschließlichen Verbreitungsweg für alle Zeiten und Regionen betrachtete und damit die Lues als Geschlechtsleiden, hat in der historischen Forschung Schwierigkeiten und Irrwege verschuldet, wie Sticker in der letzten Zeit besonders eindringlich hervorhebt. Endemien vorwiegend anderer Verbreitungsweise sind ja zur Genüge bekannt, und noch während des Weltkrieges hat von Düring[1]) darauf aufmerksam gemacht, daß für weite Strecken des inneren Kleinasiens die Syphilis geradezu eine Kinderkrankheit ist, die durch gemeinsame Benutzung von Wasserkannen mit scharfem Schnabel als Trinkgefäße und Ähnliches verbreitet wird.

Ein älterer Fehlgriff in der Geschichte der Lustseuche, der noch immer nicht ausgerottet ist, trotzdem ich vor mehr als einem Jahrzehnt schon eindringlich davor warnte, ist der zur Erfolglosigkeit verurteilte Versuch, aus der Schilderung lokaler Geschlechtsübel in der ärztlichen oder gar der nichtärztlichen Literatur Syphilis in vergangenen Zeiten nachzuweisen. An dieser Stelle braucht das nicht näher belegt zu werden: dem Syphilidologen leuchtet das sofort ein.

Beitrag zur Behandlung inveterierter Luesfälle.

Von

Dr. Georg Schallinger, Facharzt in Brünn.

Es gibt bekanntlich Fälle, die im Beginn der luetischen Erkrankung gar nicht bzw. ungenügend behandelt, sehr häufig bezüglich des Negativwerdens der serologischen Reaktionen ein resistentes Verhalten zeigen.

Bis heute erscheint es fraglich, ob es unsere Aufgabe ist, bei sonstigem Wohlbefinden des Pat. und Fehlen jeglicher anderer klinischer Anzeichen von Lues, insbesondere pathologischer Reaktionen in der Lumbalflüssigkeit, diese positiven Seroreaktionen zu bekämpfen. Solange wir aber genötigt sind, diese positiven Seroreaktionen als hervorragendes Symptom der Lues anzusehen, werden letztere immer wieder zu therapeutischen Maßnahmen herausfordern.

---

[1]) Archiv für Schiffs- und Tropenhygiene, 1916, Bd. 21, Nr. 4, S. 73–90.

Digitized by Google

Im folgenden sei ein neuer Weg zur eventuellen Behandlung obengenannter Fälle gezeigt.

A. R., Postbeamter, 31 Jahre alt, erschien am 3. VI. 1923 in der Sprechstunde mit Papeln ad glandem penis, dieselben fünf Monate bestehend. Rechte Kubitaldrüse etwas vergrößert, sonst erscheinungsfrei. Vor zehn Jahren Ulcus durum, nur mit einigen Hg-Injektionen behandelt, seither ohne Therapie. WR nicht angestellt. Derzeitige WR ++++, SGR ++++. Neurologischer und internistischer Befund negativ, Lumbalpunktion nicht gemacht.

Vom 7. VI.—6. VIII. 15 ccm Bismogenol, 5,1 g Neosalvarsan. 11. VIII. 1923 WR ++++, SGR negativ, ein Befund, der sehr häufig auf nervöse Lues hinweist. Anfang September serologischer Befund unverändert.

Jetzt erhält Pat. versuchsweise allwöchentlich 10 ccm Aolan intramuskulär, am darauffolgenden Tage Neosalvarsan 0,6. Diese Anordnung wurde gewählt, damit rechnend, daß latente Herde durch die Aolaninjektion provoziert und der Salvarsanbehandlung zugänglicher gemacht würden. Im ganzen 3,0 g Neosalvarsan. Drei Wochen später Seroreaktionen unverändert.

Neuerliche Bismogenol-Neosalvarsankur kombiniert mit Ty-Vakzine (Besredka), die intravenös verabreicht wird. Etwa 25 Fieberanfälle zum Teil bis 40°. — Drei Wochen nachher Seroreaktionen unverändert.

Nach viermonatiger Behandlungspause versuchte ich folgendes: Pat. erhielt in wöchentlichen Intervallen Neosilbersalvarsan, und zwar als erste Dosis 0,2, als zweite 0,3 und fünfmal 0,4, als Gesamtdosis 2,5 g entsprechend einer Dosis von etwas mehr als 3,5 g Neosalvarsan. 24 Stunden nach jeder Salvarsaninjektion wurde dem Pat. 5—10 ccm Venenblut entnommen und sofort intraglutäal reinjiziert. Drei Wochen nach Abschluß der Behandlung waren die Seroreaktionen, welche knapp vor Beginn dieser Behandlungsweise noch positiv ausfielen, vollständig negativ geworden.

Obige Methodik wurde gewählt in der Erwägung, daß das salvarsanisierte Blut die Erzeugung von Stoffen, welche die WR negativ machen, verstärkt und beschleunigt und überdies das gesetzte Blutdepot eine Art Proteinkörpertherapie ausübt.

Allerdings sind noch andere Möglichkeiten vorhanden, die im obigen Falle zum Verschwinden des serologischen Luessymptoms geführt haben können. Vor allem könnte die Gesamtdauer der Behandlung ursächlich gewirkt haben. Weiter wäre vielleicht auch der Wechsel des Salvarsanpräparates dafür verantwortlich zu machen. Daß Neosilbersalvarsan bzw. Eigenblut allein die gewünschte Wirkung hervorbringt, ist nach den bisherigen Erfahrungen nicht anzunehmen. Vielleicht läßt sich durch die zelluläre Blutreaktion, wie sie Kyrle geübt hat, Licht in die Brauchbarkeit der Methode bringen.

Im übrigen können die theoretischen Grundlagen der angegebenen Methode erst aus einer längeren Reihe von Untersuchungen abgeleitet werden, wozu diese Mitteilung die Anregung geben sollte.

Während der Drucklegung vorstehenden Beitrags kam ein weiterer, analoger Fall zur Beobachtung, der, nachdem er jeder Therapie getrotzt hatte, durch obige Behandlungsart in gleich günstiger Weise beeinflußt wurde. Er erhielt 11 Neosalvarsaninjektionen à 0,3 und die entsprechenden Blutinjektionen.

Literatur.

Neuendorff, 3. Tagung mitteldeutscher Dermatologen, Halle a. S., Sitzung vom 22. I. 1922. — Boas, Harald Ugeskrift for laeger, 1921, Jg. 83, Nr. 25. — Paulian, Démetre Em., Paris méd., 1921, Jg. , Nr. 3, S. 59—60. — Schreuss u. Holländer, Kl. W., Jg. 1, Nr. 42. — Wechselmann, Lockemann u. Ulrich, Arch. f. Derm., 1923, Bd. 142, H. 2. — Nolton, M. Kl., 1923, Jg. 19, Nr. 6. — Evening, D. m. W., 1923, Jg. 49; Derm. W., Bd. 76, Nr. 11. — Delbanco, Derm. W., 1922, Bd. 75, Nr. 28. — Kyrle, W. kl. W., 1922, Jg. 35. — Peyri-Rocaora, Derm. W., 1922, Bd. 75, Nr. 34. — Schiller, D. m. W., 1922, Jg. 48, Nr. 39. — Ziegler, D. m. W., 1922, Jg. 48, Nr. 29.

Digitized by Google

Aus der Kinderklinik der Universität in Innsbruck (Vorstand: Prof. Dr. J. Loos).

Zur Methodik der Meinicke-Mikroreaktion (zugleich ein Beitrag zur Kenntnis der Reaktionsbedingungen der MTR).

Von

Dr. Paul Dohnal, Assistent.

Die vom Verf. (1) angegebene Mikromethode der Meinicke-Trübungs-Reaktion mit aktivem Serum (MTR) hat sich an der Klinik bei Untersuchung von über 1700 Seren bewährt. Eine Vergleichsreihe mit der WR von 900 Seren, welche durch das dankenswerte Entgegenkommen des hygienischen Institutes (Vorstand: Prof. Lode) ermöglicht wurde, ergab ein Resultat, welches völlig im Rahmen der für die Makromethode der MTR bekanntgegebenen günstigen Ergebnisse (Deicher [2], Elkeles [3], Förtig [4], Goro-Sato [5], Holländer-Funicius [6], Jänecke [7], Klopstock-Dölter [8], Kruchen [9], Laubenheimer-Hämel [10], zur Linden [11], Martin [12], Pesch-Schütt [13], Richter [14], Schilling [15], Unterberger [16, 17] u. a.) liegt. Die volle praktische Brauchbarkeit und die der Makromethodik nicht nachstehende Sicherheit der Mikromethode ist dadurch experimentell bewiesen.

Doch wurde die Verwendung von Leukozytenmelangeuren als Meß- und Mischgefäße von mehreren Seiten (Niederwieser [18], Meinicke [19]) unangenehm empfunden. Ihr relativ hoher Preis und die immerhin umständliche und durch Alkoholverbrauch relativ kostspielige Reinigung lassen ihren Ersatz durch ein einfacheres und billigeres quantitatives Mischverfahren wünschen. Ein solches wurde zuerst von Niederwieser (18) angegeben. Er mischt nach dem Augenmaß unter Verwendung der Blutentnahmekapillaren. Die Fehlergrenze dieses Verfahrens läßt sich, weil subjektive Momente (Augenmaß) dabei eine Rolle spielen, nicht feststellen. Dadurch erhält dasselbe ein gewisses Moment der Unsicherheit, welches besonders bei vergleichenden Versuchen stört.

Einschlägige Versuche zeigen nämlich, daß Mischungsfehler — für die Versuche wurde ein 30%iger Serumfehler gewählt — die Reaktion verschiedener Seren in ganz wechselnder, nicht voraussehbarer Weise beeinflussen. Serumverminderung ruft bald Verstärkung, bald Abschwächung wechselnden Grades, selbst bis zum Negativwerden der Reaktion hervor. Ebenso kann Serumvermehrung bald verstärkend, bald abschwächend auf den Reaktionsausfall wirken. Analoge Verhältnisse bei der Makroreaktion hat Unterberger (17) für den speziellen Fall einer 50%igen Serumverminderung gefunden. Es handelt sich in der Regel bei den nach Serumverminderung besser gelingenden Reaktionen um stark wassermannpositive Seren. Auch jene seltenen Seren, welche — bei starker WR — mit der MTR nur schwach oder selbst gar nicht erkennbar reagieren, gehören überwiegend in diese Gruppe — mutmaßlich „Reaktionshemmung durch Reaginüberschuß" — und können durch Verdünnung, welche manchmal ziemlich weitgehend,

Digitized by Google

z. B. 50fach, sein muß und dann einen Zusatz von negativem Serum zur Ausführung der Reaktion nötig macht, zur maximalen Reaktion gebracht werden. Bei weiterer Verdünnung sinkt dann die Reaktion wieder an Stärke bis zum Unkenntlichwerden kontinuierlich ab. Es ist hiermit der Weg für eine quantitative Auswertung der MTR gegeben; ihre Technik bildet den Gegenstand noch nicht abgeschlossener Versuche. Andererseits schafft Serumvermehrung bessere Reaktionsbedingungen für die MTR bei vielen schwach wassermannpositiven oder negativen, aber von Syphilitikern stammenden Seren. Ob bei 30%iger Abweichung der Serummenge (nach oben oder unten) unspezifische positive Reaktionen auftreten können, ist noch nicht genügend untersucht, häufig ist es sicher nicht. Absolut sichergestellt durch die angeführten Untersuchungen ist die große Bedeutung exakter Mischungsverhältnisse für die Erzielung konstanter Resultate bei der MTR. Es wurde daher die Kapillarmeßmethodik Niederwiessers genauer gestaltet, was allerdings nur auf Kosten ihrer außerordentlichen Einfachheit gelingt. Doch bringt die Änderung der Methodik auch noch andere Vorteile, insbesondere eine wesentliche zeitliche Abkürzung der „Mischphase", der Reaktion beim Reihenversuch mit sich. Das Vorgehen ist folgendes: Aus einem größeren Vorrat von Blutentnahmekapillaren [1]) (Kaliber etwa 0,6 mm) werden gut zylindrische „Meßkapillaren" ausgesucht. Je zwei derselben (beim Arbeiten mit zwei Extrakten) werden mit jedem Serum ungefähr 1,5 cm weit gefüllt, am besten durch direktes Überfüllen aus den Serumkapillaren wie für die Melangeure (1) beschrieben.

Das dort angegebene „Kapillartrichterchen" zum Ausblasen der Kapillaren wird besser durch ein dünnwandiges Gummischläuchchen — wie es für Melangeure verwendet wird — ersetzt. In dieses wird die zu entleerende Kapillare eingesteckt, der Rest des Schlauchlumens durch Zusammendrücken mit zwei Fingern verschlossen.

Sind die Meßkapillaren der ganzen Reihe mit Serum gefüllt, so bezeichnet man auf denselben durch einen Tuschepunkt das fünffache Volumen des eingefüllten Serums. Man bedient sich dazu eines Maßstabes, wobei die Kapillare als zylindrisch angenommen wird.

Rascher arbeitet man mit einem Diagramm folgendermaßen: Auf Millimeterpapier wird eine 10 cm lange Strecke gezogen; ein vertikal etwa 30 cm oberhalb dem Nullpunkt dieser Strecke gelegener Punkt wird mit den Punkten 0, 2, 10 der Strecke durch Gerade verbunden. Wird nun parallel zur Grundstrecke eine Kapillare so aufgelegt, daß die Länge ihrer Serumsäule dem Abstand der zu 0 und 2 führenden Linien entspricht, so gibt der Schnittpunkt der zu 10 führenden Linie mit der Kapillare den Punkt des fünffachen Serumvolumens.

Ist dieser Punkt bezeichnet, so läßt man das Serum der Kapillare durch entsprechendes Neigen derselben eventuell leichtes Aufklopfen des hinteren Endes etwa $^1/_2$ cm nach hinten treten, reinigt das vordere Ende, wenn nötig, mit Watte und legt die Kapillare mit etwas erhöhtem vorderen Ende zu dem schon früher nach Angabe der ersten Arbeit (1) vorbereiteten, mit vaselinebestrichenem Haar und Deckglas versehenen und entsprechend signierten zugehörigen Objektträger. Ist alles soweit vorbereitet, so erfolgt die Herstellung der Verdünnung des Meinickeschen

[1]) Solche sind leicht selbst herzustellen oder zu beschaffen (z. B. Firma Lautenschläger-München).

Digitized by Google

Balsamextraktes für die MTR mit 3%iger Kochsalzlösung genau nach der den Extrakten (zu beziehen von O. Steingräber-Hagen in Westfalen) beibegebenen Gebrauchsanweisung.

Doch können bei dem minimalen Verbrauche der Mikroreaktion an Extraktverdünnung mit Vorteil auch kleinere Mengen derselben hergestellt werden, wobei natürlich besonders genaues Arbeiten nötig ist. Kapilläre Pipetten mit Saughütchen, welche dauernd im Kork der Extraktflaschen montiert sind und die Marke 0,1 ccm oberhalb des Korkes tragen, erweisen sich dabei für die Abmessung des Extraktes als sehr praktisch. Der nötige ccm 3%ige NaCl wird am bequemsten aus einer engen Bürette abgemessen. Die Eprouvetten für die Mischung werden auch entsprechend kleiner (etwa 6 cm lang, 1 cm Lumen) gewählt.

Die Mischung hat, wenn man auf Konstanz der Resultate Wert legt, stets nach gleich langer und gleich hoher (Thermometer!) Erwärmung in der gleichen Weise stattzufinden. Die so hergestellte Extraktverdünnung (E.-V.) wird nun aus der schiefgehaltenen Mischeprouvette in die erste Meßkapillare bis zur Extraktmarke mit Hilfe des geschilderten Schläuchchens aufgezogen, die Kapillare seitlich auf den zugehörigen Objektträger ausgeblasen, das Reaktionsgemisch zur besseren Mischung nochmals aufgezogen und ausgeblasen, nochmals aufgezogen und an den Rand der dafür bestimmten Deckglashälfte ausgeblasen. Diese soll sich völlig mit dem Reaktionsgemisch vollsaugen, damit nicht später störende Strömungen in diesem auftreten. In der geschilderten Weise wird mit jedem Serum der Reihe verfahren. Dann mit der frischen Verdünnung des zweiten Extraktes genau ebenso, jedoch am anderen Ende der Reihe beginnend. Hat man nur 1 ccm E.-V. hergestellt und zeigt diese rasche Eigenflockung (siehe unten), so wird die E.-V. während des Arbeitens zweckmäßig im Wasserbad (43°) warm gehalten.

Nach Ansammlung einer größeren Menge gebrauchter Meßkapillaren — diese werden nach Gebrauch zweckmäßig in Wasser abgeworfen — kann man sie folgendermaßen reinigen: Einlegen in starke Chromsäure-Schwefelsäure durch 24 Stunden (mindestens), reichliches Spülen der zu einem Bündel vereinigten Kapillaren in warmem Wasser, Ausschleudern desselben durch entsprechende Armbewegungen, Überführen in einmal gewechselten starken Alkohol. Trocknen. Die Füllung der Kapillaren mit der Reinigungsflüssigkeit und das Trocknen wird durch Evakuieren der Gefäße (Eprouvetten) unter gleichzeitigem gelinden Erwärmen sehr erleichert.

In der geschilderten Weise durchgeführt, hat sich die „Kapillarenmethode" Niederwiessers dem Verf. sehr gut bewährt. Sie steht an Genauigkeit der Original-Mikromethode bei sorgfältiger Auswahl der Kapillaren nahe und vermeidet deren durch die Verwendung von Melangeuren unausweichliche Schwierigkeiten. Letzteres Ziel verfolgt auch die von Meinicke (19) selbst für das Mikroverfahren empfohlene Ösenmischmethode. In einigen orientierenden Versuchen, welche Verf. mit einer Meinickeschen Originalöse (Serumöse) durchführen konnte, wurde damit keine besonders befriedigende Genauigkeit erzielt; es ergab sich am gleichen Serum eine Verschiedenheit in der Größe der mit der Öse aufgenommenen Tröpfchen bis zu 30%, welche durch Wägung mit der analytischen Wage festgestellt wurde. Es sei ausdrücklich hervorgehoben, daß es sich dabei um erste Versuche handelte, doch zeigen sie immerhin, daß auch dieses scheinbar so einfache Verfahren seine technischen Schwierigkeiten hat. Die Empfehlung der Ösenmethode durch Meinicke bürgt für ihre praktische Brauchbarkeit in geübter Hand. Die Beschaffung

Digitized by Google

einer hinreichenden Menge von Ösen für Reihenversuche dürfte einige Schwierigkeiten haben.

So wichtig das genaue Mischungsverhältnis Serum-E.-V. für den konstanten Ausfall der MTR ist, so wird doch dadurch allein ein konstanter Reaktionsausfall keineswegs gesichert. Vor allem spielt die Temperatur während des Reaktionsablaufes eine wichtige, gelegentlich ausschlaggebende Rolle. Die neueste Gebrauchsanweisung Meinickes für seine Extrakte umschreibt den Begriff der Zimmertemperatur genauer als Temperatur zwischen 15—25° C. Das Resultat einer Paralleluntersuchung (Extrakte meist 34^{12} und 36^{16}) von 300 Seren bei 15° und 22—24° C im Thermostaten (Ablesung nach einer Stunde, gleichzeitige Prüfung mit der WR) ist kurz zusammengefaßt folgendes: Die Mehrzahl der luetischen Seren ergibt bei beiden Temperaturen deutliche Reaktion, doch ist dieselbe meist bei 23° vollständiger als bei 15°. Bei einer kleinen Zahl von Seren versagt die Reaktion völlig oder häufiger fast völlig bei der tieferen Temperatur, bei einer noch kleineren Zahl bei der höheren. Bei Vergleich mit der WR (Originalmethode) ergibt sich als Regel, daß es sich bei den nur „wärmereagierenden" (stark kältegehemmten) Seren sich um stark wassermannpositive bei — den seltenen — nur „kältereagierenden" um schwach oder zweifelhaft wassermannpositive Seren handelt. Auch wurde für einige Fälle erwiesen, daß die „Kälteempfindlichkeit" (das Ausbleiben der Reaktion bei 15°) durch Verdünnen des Serums oder Anwendung geringerer Mengen desselben zur Reaktion schwand, ja bei hochgradiger Verminderung sogar in das Gegenteil — nur Kältereaktion — umschlug. Dies spricht für eine Abhängigkeit des Reaktionsoptimums von der Reaktionstemperatur in dem Sinne, daß dasselbe für sinkende Temperatur bei sinkender Reaginkonzentration liegt. Praktisch ergibt sich aus dieser hochgradigen Temperaturabhängigkeit der Reaktion — welche bei der WR, wo ähnliche Verhältnisse zum Vorschlag der Kälte- resp. Wärme-Kältebindung führten, eine interessante Parallele findet — die Notwendigkeit, vergleichende Versuche bei gleicher Temperatur vorzunehmen und überhaupt bei Beurteilung des Reaktionsausfalles auf die Temperatur während des Reaktionsablaufes genau Rücksicht zu nehmen. Entsprechend der sehr geringen Zahl der nur „kältereagierenden" Sera wird ein Ablauf der Reaktion bei 22—24° durchschnittlich die besten Resultate geben. Soll daneben noch die Anstellung der Reaktion bei 15° erfolgen, so bietet dies keinerlei technische Schwierigkeiten, da der Inhalt der Meßkapillare für das Ansetzen von zwei Reaktionen ausreicht. Tritt jedoch nur bei 15° Reaktion ein, so ist ihre Spezifität zweifelhaft, da bei niederer Temperatur — wenigstens bei einzelnen Extrakten — unspezifische Flockungen nicht selten sind. Vielleicht kann diese Beobachtung eine wenigstens teilweise Erklärung für die so auffallend schwankenden Angaben der verschiedenen Autoren über die Häufigkeit unspezifischer Ausschläge der MTR geben. Denn daß das Gesagte in gleicher Weise für die Makromethode zutrifft, haben in besonders typischen Fällen mit dieser vorgenommene Parallelversuche gezeigt.

(Schluß folgt.)

Digitized by Google

Noch einmal meine Schnellfärbung der Spirochaeta pallida mit Viktoriablau 4 R.

Schlußwort auf Schumachers Bemerkungen zu meiner Arbeit in Nr. 32 dieser Wochenschrift.

Von

H. Mühlpfordt in Allenstein.

In seinen Bemerkungen in Nr. 47 der Dermatologischen Wochenschrift macht mich J. Schumacher darauf aufmerksam, daß er bereits 1922 die Färbung von Mundspirochäten mit alkoholischem Viktoriablau-B-Carbolsäure-Glyzerinwasser angegeben habe und empfiehlt seine Tannin-Viktoriablau-B-Phosphinalkohol-Pyronin- und seine Viktoriablau-B-Quecksilberjodidjodkalium-Chininalkohol-Pyroninmethoden, die mir leider nicht bekannt waren, sonst hätte ich sie ebenso erwähnt, wie die schon 1912 angegebene Färbung Eisenberges[1]) mit Viktoriablau-Azosäuregelb, aus der bereits hervorgeht, daß das Viktoriablau schon mehr als einmal der Vergessenheit entrissen wurde und in der Tat, wie ich schrieb, ein „lange bekannter Farbstoff" ist.

Mir kam es ja auch gar nicht darauf an, das Viktoriablau etwa wieder auszugraben, sondern ich — als Praktiker — wollte eine Färbung finden, die — zum Heil für unsern Kampf gegen die Syphilis — auch den Praktiker befähigt, unschwer in einem zweifelhaften Genitalgeschwür den Primäraffekt zu erkennen. Da beschäftigte praktische Ärzte sich nun einmal nicht mit komplizierten und zeitraubenden Färbemethoden, wie sie ja zur Darstellung der Pallida in großer Zahl schon längst existieren, befassen, ja ihnen selbst das Tuscheverfahren von Burri zu zeitraubend ist, so kam es mir darauf an, ein ganz einfaches Färbeverfahren ohne jeden Beizenzusatz usw. anzugeben. Vorbildlich war mir, wie betont, die bekannte Gonokokkenfärbung mit Methylenblau.

Daß mein, übrigens durchaus nicht empirisch, sondern durch Überlegungen gefundenes Färbeverfahren mit 3% Viktoriablau 4 R das denkbar einfachste ist und doch schöne Resultate gibt, ist mir mehrfach auch von praktischen Ärzten bestätigt worden, braucht man doch nur auf den lufttrockenen Spirochätenausstrich die fertige Farblösung[2]) aufzuträufeln, 2—3 Minuten einwirken zu lassen und mit Leitungswasser abzuspülen!

Die Haltbarkeit der von mir angegebenen wässerigen Lösung ist in braunen Flaschen eine recht große; ich benutze noch heute eine vor 1½ Jahren hergestellte Lösung.

Störende Farbstoffpartikelniederschläge treten erst bei noch höher prozentigen Lösungen auf.

Der zweite wesentliche Punkt meiner Arbeit war, zu betonen, daß man zur Pallidafärbung hochprozentige Farbstofflösungen wählen muß und daß es sehr wesentlich auf die Konzentration ankommt. Dann bedarf man keiner Vor- oder Nachbeize. So färbt z. B. 1%ige wässerige Viktoriablau-4-R-Lösung erst in etwa 1 Stunde die Pallida, so mußten Herxheimer und Huber[3]) eine 1‰ige Nilblau-BR-Lösung 20 Stunden einwirken lassen, während ich mit 3%iger Nilblau-BR-Lösung die Pallida bereits in 2 Minuten schwach blau gefärbt fand. Auch Methylviolett, Fuchsin, Safranin färben in wässeriger Lösung nur recht konzentriert (3%ig) angewandt die Pallida, wie ich damals schon mitteilte, in 2 Minuten.

---

[1]) „Über Bakterienfärbung mit sauren und neutralen Farbstoffen." Vortr. 6. Tag. d. fr. Vereinig. f. Mikrobiol. Berlin 1912. — [2]) Vorrätig bei Dr. Grübler & Co., Leipzig, Liebigstr. 1b. — [3]) D. m. W., 1905, Nr. 26.

Digitized by Google

Aus der Universitäts-Hautklinik zu Gießen (Direktor: Prof. Dr. Jadassohn).

Schädigungen der Niere und der ableitenden Harnwege durch Wismut.

Von

Dr. W. Engelhardt.

(Schluß.)

Im Hinblick auf die — wenn auch in spärlicher Zahl beschriebenen — schwereren Fälle von Nierenschädigungen, schienen uns weitere Untersuchungen angebracht. Es interessierte uns die stiefmütterlich behandelte Frage der Spätschädigung während der Remanenzzeit durch verzögerte Bi-Ausscheidung während der Kur. Die zu diesem Zwecke notwendigen experimentellen Untersuchungen gaben uns die Möglichkeit, eine zweite Frage — die der diuretischen Wirkung des Wismuts — zu beantworten. Da allgemein die Gutartigkeit der Nierenerscheinungen betont wird, ohne daß hierfür eine befriedigende Erklärung gegeben wird, erstrecken sich unsere Untersuchungen auch in dieser Richtung.

Es war anzunehmen, daß neben der Applikationsart, der Quantität des metallischen Wismuts, dem Abstand zwischen den Einzelinjektionen, der Löslichkeit oder Unlöslichkeit des Mittels, auch der chemischen Konstitution der verwendeten Bi-Verbindung — sowohl in Bezug auf heilende als auch schädigende Wirkung — ein Einfluß zuerkannt werden mußte. Von der theoretischen Überlegung ausgehend, daß gerade die Präparate zu einer Schädigung während der Remanenz führen müssen, die in diesem Zeitraum größere Ausscheidungsmengen als während der Kur zeigen, untersuchten wir den Ausscheidungsmodus folgender Präparate:

1. intravenös applizierte (Bismuto-Yatren A);
2. intraglutäal applizierte in öliger Suspension,
   a) wasserlösliche (Wismutkaliumnatriumtartarat-Trepol),
   b) wasserunlösliche (Bismuto-Yatren B, Bismogenol),
   c) Gemische von wasserlöslichen und unlöslichen (Spirobismol),
   d) kolloidales Wismut (Bismucol);
3. intraglutäal appliziertes öllösliches Präparat (540 d h Merck);
4. einzeitig intravenös-intraglutäal applizierte (intravenös: lösliches Salz, Bismuto-Yatren A, intraglutäal: unlösliches Salz, Bismuto-Yatren B).

Im ganzen verfügen wir über ungefähr 1500 Ausscheidungsbestimmungen dieser Art, die nach einer von mir angegebenen Methode (28) unter Berücksichtigung des spezifischen Gewichts und der Tagesharnmenge angestellt wurden. Im Rahmen dieser Abhandlung genügt die Erwähnung einiger Versuchsergebnisse. Eine Abhängigkeit des spezifischen Gewichtes vom Gehalt des Urins an Bi ist nicht vorhanden. Die von Day nach Darreichung von Wismutsalzen gefundene und von Blum durch Erhöhung der NaCl-Konzentration und Verminderung des Harnstoffspiegels erklärte diuretische Wirkung können wir nur in sehr bedingtem Maße bestätigen.

Digitized by Google

Aus den sehr wechselnden und individuell verschiedenen Ergebnissen können wir mit Bestimmtheit schließen, daß von einer auffallenden, therapeutisch verwendbaren diuretischen Wirkung nur in ganz vereinzelten Fällen — und dann auch nur vorübergehend — die Rede sein kann.

Eine auffallend hohe Ausscheidungsmenge des Wismuts in der Remanenzzeit konnte nur beim Trepol beobachtet werden. Die Ausscheidung durch die Nieren betrug während der 35tägigen Kur 47,34 mg, während in 72 Tagen der Remanenzperiode 332,75 mg nachgewiesen werden konnten (ermittelte Gesamtausscheidungsmenge 15,8%). Das würde heißen, daß während der Kur die durchschnittlich ausgeschiedene Wismutmenge im Tagesurin 1,3 mg, in der Remanenzzeit jedoch 9,5 mg betragen hat.

Die experimentell ermittelten Ergebnisse finden eine gewisse Bestätigung durch Untersuchungen an unseren mit reinen Wismutkuren behandelten Patienten, deren Zahl sich ungefähr auf 180 beziffert. Benutzt wurde hauptsächlich das Präparat Bismuto-Yatren (130 Fälle); die übrigen Fälle verteilen sich auf alle möglichen Präparate, wie Bismogenol, Spirobismol, Trepol, Mesurol, 540 d h MERCK, Bismucol, Casbis und Cutren. Die Zahl der beobachteten pathologischen Harnveränderungen in Gestalt von Albuminurie, Epithelurie oder Zylindrurie betrug 20%; in 1% (2 Fälle) konnte eine bakterielle, hämatogene Nephritis festgestellt werden. In 15% aller Bi-behandelten Fälle waren Nachuntersuchungen in der Remanenzzeit möglich (bis zur Dauer von 72 Tagen nach Kurabschluß). Ein Unterschied unter den einzelnen Präparaten kann nur insofern festgestellt werden, als der einzige mit Trepol behandelte Fall in der Remanenzzeit eine Nierenschädigung im Sinne einer Albuminurie und Zylindrurie aufwies, obwohl während der Kur kein krankhafter Harnbefund erhoben werden konnte. Außer in diesem einen Falle konnte in den nachuntersuchten Fällen (14), die ohne Nierenschädigung nach beendeter Kur zur Entlassung kamen, eine Schädigung während der Remanenzperiode nicht festgestellt werden. Von den Patienten, die nach Abschluß der Kur einen krankhaften Harnbefund aufwiesen, konnten 12 weiter in Beobachtung bleiben. Die Harnveränderungen waren nicht mehr nachweisbar in 6 Fällen nach 8 Tagen, in 4 Fällen nach 14 Tagen, während in 2 Fällen (Spirobismol) eine Epithelurie nach 4 Wochen noch deutlich war. Irgend welche Verschlimmerungen traten in keinem Fall auf.

Für das Auftreten der Albuminurien und Epithelurien konnte eine bestimmte Bi-Menge nicht ermittelt werden. Bei vielen war allerdings eine Menge von 800 mg überschritten; trotzdem scheinen uns neben der Art des Präparates mehr die Höhe der Einzelinjektion und die Injektionszwischenräume eine Rolle zu spielen. So genügt bei einigen Präparaten (Spirobismol, Bismogenol, Bismuto-Yatren) schon ein Überschreiten der Einzeldosis von 0,1 g, um Epithelurien hervorzurufen. Durch eine Vergrößerung der Abstände zwischen den Einzelinjektionen, kann die Gefahr der renalen Albuminurien auf ein Mindestmaß herabgedrückt, bzw. vorhandene zum Schwinden gebracht werden. Es liegen hier ähnliche Verhältnisse wie bei der Stomatitis bismutica; aus einer Tabelle von MILIAN und PÉRIN (29) ersieht man eine auffallende Abhängigkeit von Mundentzündung und Spritzintervall, so daß z. B. schon durch Vergrößerung

Digitized by Google

des Intervalls von 2 auf 3 Tage ein Rückgang der Gingivitis von 47% auf 25%, der umschriebenen Ulzerationen von 30% auf 10% und der diffusen Stomatitis von 6% auf 0% bewirkt werden konnte. Die Analogie ist verständlich, da ja die Grundursache bei beiden Nebenerscheinungen durch die Resorptions- und Ausscheidungsverhältnisse des jeweils verwendeten Bi-Präparates gegeben ist.

Eine Gefahr der Spätschädigung der Niere besteht nach diesem Ausführungen nur bei Verwendung von Präparaten, deren Resorptionsgeschwindigkeit derart verlangsamt ist, daß in der Remanenzzeit eine Kumulation eintritt, die sich in einer starken Erhöhung des Bi-Spiegels im Harn bemerkbar macht. Nach Lomholt (30) betragen die bei Schmierkuren mit dem Harn ausgeschiedenen Quecksilbermengen nicht mehr als 2—3 mg pro 24 Stunden; bei Verwendung von Wismutpräparaten sind jedoch Ausscheidungsmengen von 10—15 mg pro Tag keine Seltenheit. Vergleicht man die Verträglichkeit des Quecksilbers und des Wismuts für die Nieren, so muß festgestellt werden, daß bei Schmierkuren schon wesentlich geringere Mengen ausgeschiedenen Quecksilbers genügen, um die von Neisser und anderen beschriebenen Epithelurien und Zylindrurien hervorzurufen.

Bei der großen Zahl der Albuminurien mußte es auffallen, daß so ungemein selten Ödeme, Blutdruckänderungen und Oligurien der primären Schädigung folgten. Auf der Suche nach einer Erklärung hierfür zystoskopierten wir 24 Fälle mit verschiedenartigen Harnveränderungen nach Bi-Applikation und konnten an Hand von 20 verwertbaren Ergebnissen den jeweiligen Sitz der Schädigung bestimmen. Dabei stellte sich heraus, daß der Eiweißgehalt des Harns bei einem Teil der „Albuminurien" durch Entzündungen der Schleimhäute der ableitenden Harnwege bedingt ist.

Es handelt sich in der überwiegenden Mehrzahl um mit Bismuto-Yatren einzeitig intravenös-intraglutäal behandelte weibliche Patienten, die im letzten Behandlungsdrittel zystoskopiert wurden; die applizierte Wismutmenge betrug in dieser Zeit durchschnittlich ungefähr 900—1000 mg.

In 9 Fällen mußten wir uns damit zufriedengeben, eine intakte Blasenschleimhaut festzustellen, obwohl nach evtl. Bi-Imprägnationen besonders gefahndet wurde. Subjektive Beschwerden bestanden nicht. Zur Zystoskopie veranlaßte uns der in allen Fällen gleiche Blasenkatheterurinbefund: Albumen, Epithelzylinder, Epithelien, ab und zu ein granulierter Zylinder, spärliche Leukozyten, keine Bakterien. Der beiderseits gewonnene Ureterenurin bot in geringerem Maße denselben Befund; Bakterien konnten weder im Präparat noch in der Kultur nachgewiesen werden.

In 7 Fällen konnten wir jedoch zystoskopisch nachweisbare Schädigungen der Blasenschleimhaut feststellen. Subjektive Beschwerden bestanden auch hier nicht. Der Blasenkatheterurin ist steril, zeigt mäßig Albumen, Leukozyten und Epithelien, deren Form und Aussehen auf ihre Herkunft nicht schließen läßt. Der Ureterenurin zeigt außer wenig Epithelien keinen krankhaften Befund; insbesondere fallen Sterilitäts- und Eiweißproben negativ aus. Das zystoskopische Bild zeigt stärkere Rötung und Auflockerung der Schleimhaut, sie sieht trübe und sammtartig aus und läßt ein deutliches Gefäßnetz nicht mehr erkennen; Fibrinflocken sind jedoch nicht nachweisbar.

Digitized by Google

Wesentlich andere Bilder ergaben zwei Fälle, die über Harndrang und leichte Druckschmerzhaftigkeit in der Blasengegend klagten. Wurden wir in diesen Fällen auf eine Affektion der Blase durch die subjektiven Beschwerden hingewiesen, so entsprach die Geringfügigkeit der Klagen doch nicht dem immerhin schweren anatomischen Befund. Der Blasenkatheterurin zeigte Eiweiß, Leukozyten, Epithelien und Erytrozyten in erheblichen Mengen; kulturell wurden Kolibakterien gezüchtet. Das Fassungsvermögen der Blase war in beiden Fällen verringert (300 bzw. 420 ccm); die Blasenschleimhaut war diffus gerötet, eine Gefäßzeichnug war nicht mehr zu erkennen; an manchen Stellen ist die Mukosa blutig tingiert und so stark gewulstet, daß man den Eindruck von Tumoren bekommt. Andere nur mattrosa getönte Stellen zeigen Fibrinauflagerungen; daneben gewahrt man kleinere Substanzverluste mit wallartigem Rand, der schwarzbläulich verfärbt ist. Trotz guter Spülung schwimmen in der Blasenfüllflüssigkeit weiße Flöckchen von Fibrin. Die Ureterenostien sind schwer auffindbar, schlitzförmig, ohne Besonderheiten. Der durch Ureterenkatheterismus beiderseits gewonnene Harn ist steril; die Eiweißreaktion fällt schwach positiv aus; im Sediment finden sich vereinzelte Leukozyten und Epithelzylinder, außerdem Epithelien in ganzen Verbänden (traumatisch durch Katheterismus?) und einzelne Zellen mit Fortsätzen („geschwänzte Epithelien") und blasigem Kern. Über die Herkunft dieser Zellen, ob aus Nierenbecken oder oberen Ureterenabschnitten, läßt sich nichts sagen.

Den 9 oben beschriebenen Fällen mit intakter Blasenschleimhaut müssen wir 2 weitere folgen lassen, die wegen der klinischen Erscheinungen eine besondere Betrachtung notwendig machen. Es handelt sich um 2 mit Bismuto-Yatren A und B behandelte Frauen, bei denen nach Darreichung von etwa 600 mg Bi abendliche Temperaturen, starke Stomatitis und Gewichtsabnahme beobachtet wurden. Der vorher albumenfreie Harn wird stark eiweißhaltig gefunden; Epithelzylinder, granulierte und hyaline Zylinder finden sich in Massen, Erythrozyten nur vereinzelt. Die tägliche Harnmenge sinkt vorübergehend auf 4—600 ccm. Die Blasenspiegeluntersuchung ergibt keinen pathologischen Befund. Im Ureterenurin finden sich beiderseits Eiweiß, Zylinder, vereinzelte Leukozyten und Erythrozyten und Epithelien; kulturell können aus beiden Nierenharnen massenhaft Staphylokokkenkolonien gezüchtet werden. Nach Aussetzen der Wismutapplikation ist bei Nierendiät in beiden Fällen der Befund nach 2 bzw. 3 Wochen zur Norm zurückgekehrt.

Überblicken wir die beschriebenen Krankheitsbilder, so finden wir eine Erklärung für die Gutartigkeit eines Teiles der beobachteten „Albuminurien", es handelt sich um einfache Zystitiden, die den Gehalt des Urins an Eiweiß bedingen. Ihre Entstehung kann auf eine Reizwirkung des Bi-haltigen Harns zurückgeführt werden; außerdem ist anzunehmen, daß das sich mit Vorliebe in den Kapillarendothelien deponierende Metall zu Ernährungsstörungen in der Schleimhaut Anlaß geben wird. Kommt zu dieser primären Schädigung eine bakterielle Infektion, so kann aus der einfachen Entzündung eine schwerere Form entstehen. Die Zystitis kann jedoch auch gleichzeitig mit einer Epithelurie bzw. Albuminurie seitens der Nieren einhergehen. Des weiteren können Fälle beobachtet werden, in denen nur die Nieren geschädigt sind (renale

Digitized by Google

Albuminurien und Epithelurien). Diese renalen abakteriellen Schädigungen, die harmloser Art sind, erklären wir uns so, daß durch das ausgeschiedene Wismut die Tubularepithelien zur Gerinnung gebracht und abgestossen werden; gleichzeitig wirkt das Gift wieder als epithelialisierender Reiz.

Als Seltenheit konnten wir 2 Fälle bakterieller Nephritis bei durch Bi-Ausscheidung geschädigten Nieren feststellen. Diese verdienen besondere Beachtung, da sie zusammen mit oder nach schwerer Stomatitis auftreten (Blum [24], Müller [31]). Ein ursächlicher Zusammenhang ist nach den Tierversuchen Blums anzunehmen. Ob allerdings die gleichzeitig mit der Mundentzündung auftretende Imprägnation des Darms mit Wismut und die damit verbundene Höherbelastung der Niere der Grund ist, ist zu bezweifeln. Einmal waren in unseren Fällen die ausgeschiedenen Wismutmengen im Harn an diesen Tagen nicht größer als an den übrigen, dann aber fehlen enteritische Erscheinungen als Zeichen einer Darmschädigung, und schließlich spricht die einwandfreie Züchtung der Staphylokokken aus Ureteren- und Blasenharn für Bakterien als auslösende Ursache. Wir nehmen eher an, daß die geschädigte Mund- oder auch Darmschleimhaut die Eintrittspforte einer größeren Anzahl von Keimen gewesen ist, und daß die Niere — wie sie das sonst tut — die Keime nicht durchlassen kann, ohne daß das durch die Wismutausscheidung belastete oder schon geschädigte Gewebe mit Endzündung reagiert.

Während die harmlosen renalen Albuminurien als Nephropathia bismutica zu deuten sind, sind Fälle wie die letzteren als echte hämatogene Nephritiden zu bezeichnen. Die Prognose ist bei beiden Arten eine gänzlich verschiedene. Im ersten Falle gelangen die Tubularveränderungen durch Restitution des Epithels zur restlosen Ausheilung. Bei den echten Nephritiden aber können sämtliche Folgezustäde dieser Erkrankungsform auftreten. Den Affektionen der ableitenden Harnwege ist — solange es nicht zur Sekundärinfektion kommt — eine wesentliche Bedeutung nicht zuzusprechen.

Literatur.

1. Escher, Ann. de l'inst. Pasteur, Jahrg 36, Nr. 12, S. 859. — 2. Richter, D. m. W., 1923, Nr. 28. — 3. Rosenberg u. Perdelwitz, Derm. W., 1924, Nr. 15. — 4. Gutmann, Derm. W., 1923, Nr. 28 u. 29. — 5. Mühle, Derm. Zschr., 1923, Bd. 38, H. 5. — 6. R. Neuendorff, Derm. W., Bd. 76, Nr. 14. — 7. Felke, M. m. W., 1922, Nr. 39. — 8. Dietel, M. m. W., 1924, Nr. 40 — 9. Er. Hoffmann u. H. Th. Schreus, D. m. W., Jahrg. 1924, Nr. 25. — 10. Mario Artom, Mschr. f. Psych. u. Neurolog., Bd. 55, H. 2. — 11. Friedrich Prater, Derm. W., Bd. 76, Nr. 14. — 12. Alfred Holländer, Derm. W., Bd. 77, Nr. 40. — 13 H. Borsch, Schweiz. m. W., Jahrg. 53, Nr. 46. — 14. Nicolas, Massia u. Gaté, Bull. de la soc. franç. de derm. et de syph., 1922, Nr. 4. — 15. L. Caccioppo, Giorn. ital. delle mal. vener., Bd. 64, H. 2. — 16. Smechula, M. Kl., Jahrg. 1924. Nr 25. — 17. Nadel, Derm. W., 1924, Nr. 43. — 18. Hudelo u. Rabut, Presse méd., Bd. 32. Nr. 29. — 19. Milian u. Périn, Bull. de la soc. franç. de derm. et de syph., Bd. 31, Nr. 1. — 20. Guszmann u. Pogany, Derm. W., Bd. 76, Nr. 6. — 21. A. Machado u. A. Eugenio Arêa Leite, Brazil. med., Bd. 1, Nr. 16. — 22. H. B. Day, Lancet, 1922, Bd. 203, Nr. 7. — 23. Spack, Ref. Z. f. H., H. 9, S. 260. — 24. P. Blum. Paris méd., 1922. Jahrg. 12, Nr. 30. — 25. Kollert, Strasser u. Rosner, W. kl. W., 1923, Jahrg. 36, Nr. 3. — 26. Lucke, Baldwin u. Joseph V. Klauder, J. of Pharm. a. Exper. Ther., 1923, Nr. 5 — 27. F. u. Ch. Rathery u. Jaques Richard, Paris méd., 1923, Nr. 31. — 28. W. Engelhardt, Derm. Zschr., Nr. 41, H. 4/5. — 29. Milian u. Périn, Bull. de la soc. franç. de derm. et de syph., Bd. 29, Nr. 1. — 30. Lomholt, Arch. f. Derm., Nr. 119, S. 1. — 31. H. Müller, Zbl. f. Haut- u. Geschlechtskrkh., Bd. 7.

Digitized by Google

Nachtrag zu meiner Arbeit: Herpes zoster nach Salvarsanbehandlung bei einem kleinen Kinde in Bd. 79, Nr. 49 dieser Wochenschrift.

Von

Prof. Dr. RICHARD FRÜHWALD in Chemnitz.

In der besagten Arbeit habe ich ausgeführt, warum ich auf Grund klinischer Erwägungen das Geschwür bei dem Kinde trotz negativer WR und Spirochätenbefundes für einen Primäraffekt ansprach. Inzwischen erhielt ich ein Schreiben von Dr. KNIESE-Chemnitz, der aus der Beschreibung des Falles einen seiner früheren Pat. erkannt hatte und mir freundlichst die mir unbekannte Vorgeschichte zur Verfügung stellte.

Ich trage sie hierdurch nach: Dr. KNIESE behandelte den Vater des Knaben wegen Herzinsuffizienz. Anfang Juni 1922 bemerkte er auf der linken Gesäßbacke des Kindes ein Geschwür, das er für syphilisverdächtig hielt. WR beim Kinde und Vater negativ, bei der Mutter ++++. Das Kind erhielt zweimal 0,035 Neosalvarsan und Ungt. cin. lokal, dann wurde die Erlaubnis zu weiteren Injektionen verweigert. Als Anfang August weitere Geschwüre auftraten, noch zweimal 0,075 Neosalvarsan und Schmierkur zu 1 g.

Aus dieser Mitteilung ergibt sich, daß die von mir angestellten klinischen Erwägungen zutreffend sind. Es war ein Primäraffekt im seronegativen Stadium; durch die Einleitung der Behandlung ist die WR negativ geblieben. Die Behandlung erklärt aber auch den negativen Spirochätenbefund.

Dadurch wird aber auch das Besondere und Interessante dieses Falles hervorgehoben, denn es ist, wie ich schrieb, noch kein Fall von Primäraffekt der Analgegend bei einem Kinde in so frühem Alter beobachtet worden.

Dr. KNIESE danke ich auch an dieser Stelle für seine Mitteilungen.

Versammlungen.

Versammlung Südwestdeutscher Dermatologen am 25. und 26. Oktober 1924 zu Würzburg.

Vorsitzender: Zieler.

Meinicke: **Neuere Ergebnisse der Serodiagnostik der Syphilis.** In Deutschland haben sich von den Ersatzmethoden der WR am besten die SGR und die MTR bewährt. Beide Verfahren sind jetzt in so umfangreicher Weise nachgeprüft, daß sie als gesicherte Laboratoriumsmethoden gelten können. Die MTR hat vor der SGR den großen Vorzug der Einfachheit und Schnelligkeit. Sie eignet sich von allen bekannten Methoden am besten für Massenuntersuchungen. SGR und MTR sind der WR an Spezifität gleich, an Schärfe überlegen. Es gibt aber immer eine Reihe von syphilitischen Seren, die trotz dieser Überlegenheit der Ersatzmethoden besser oder nur allein mit der WR herauskommen. Größere Institute sollen daher immer nebeneinander mit der WR und einer der Ersatzmethoden arbeiten. Auf diese Weise ist das Höchstmaß positiver Reaktionen garantiert. Das Verhältnis hat sich aber inzwischen so sehr zugunsten der MTR geändert, daß man zweifellos den kleineren Verlust an positiven Reaktionen hat, wenn man nur mit der MTR arbeitet, und den größeren, wenn man nur die WR ansetzt. Für Kliniken, Krankenhäuser usw., die systematisch selbst ihre sämtlichen Zugänge auf Syphilis untersuchen wollen, ist die MTR die Methode der Wahl. Sie kann ein Wasserbad zum Inaktivieren der Sera und einen Brutschrank entbehren und läßt sich daher auch unter einfachen Verhältnissen anstellen. Selbstverständlich setzt auch sie serologisch geschulte Kräfte voraus. In letzter Zeit hat M. seine Methode in Fortsetzung der Dohnalschen Versuche auch als Mikroreaktion ausgearbeitet. Man verreibt mit einer Platinöse etwas Patientenserum in einem Tropfen der üblichen MTR-Extrakt-

Digitized by Google

verdünnung und betrachtet das Ergebnis nach 1 Stunde im Dunkelfeldpräparat oder im hängenden Tropfen. Diese neue Mikroreaktion[1]) wird demonstriert. Sie gestattet systematische Durchuntersuchungen an Kindern, z. B. in Krankenhäusern, Waisenhäusern, in Säuglingsheimen usw. auszuführen. Damit ist eine wesentliche Lücke, die bisher noch in der serologischen Luesdiagnostik klaffte, ausgefüllt.

Klopstock-Heidelberg gibt gegenüber den ungünstigen Erfahrungen Meinickes mit der Benzocholreaktion die Erfahrungen des Heidelberger Krebsinstituts bekannt, nach denen bei Syphilis am empfindlichsten die SGR ist, der die MTR am zweitempfindlichsten folgt. An dritter Stelle stehen WR (nach der Reichsvorschrift) und Benzocholreaktion. Die wenigsten Unspezifitäten hat die WR. Daraus und aus der Tatsache, daß bei Syphilis sich die Reaktionsbreiten der Reaktionen nicht decken, folgt, daß die Anstellungen mehrerer Reaktionen nebeneinander zu fordern ist und daß bei der Frage der Durchuntersuchungen klinischen Materials mit nur einer Reaktion größte Vorsicht zu beobachten ist. Nach unseren Erfahrungen würde sich die SGR noch am besten dazu eignen.

Hämel-Frankfurt weist auf eigene Versuche mit Tolubalsam hin, die ergaben, daß nicht jeder Tolubalsam zur Herstellung eines Meinicke-Extraktes geeignet ist, sondern noch eine bestimmte noch unbekannte chemische Substanz darin enthalten sein muß, oder eine gewisse physikalische Eigenschaft des Balsams notwendig ist, um ihn brauchbar zu machen. Zur Frage, ob die WR heute schon durch die neuen Prüfungs- und Flockungsreaktionen ersetzbar ist, wird die Ansicht ausgesprochen, daß zur Verwendung dieser zur Luesdiagnostik als Ersatz der WR heute bereits die Möglichkeit geschaffen ist und die WR größtenteils nur mehr als Entscheidung in zweifelhaften Fällen angewendet zu werden braucht.

Stühmer-Freiburg warnt vor allgemeiner Empfehlung vereinfachter Seroreaktionen. Wenn diese Reaktionen auch einzeln genommen in der Hand des Serologen gute und sichere Ergebnisse liefern, so beruht doch diese Sicherheit auf der gegenseitigen Kontrolle der verschiedenen nebeneinander laufenden Reaktionen. Aus dieser Gemeinschaft herausgenommen, werden die Reaktionen, besonders in der Hand des ungeübten Arztes sicher unspezifische Resultate ergeben und die mühsam gewonnene Klarheit der Serodiagnostik wieder trüben.

Touton-Wiesbaden fragt den Vortragenden, ob in dem Falle des 40jähr., heruntergekommenen Pat., der weder in der Anamnese noch im Status Anhaltspunkte für Lues ergab, dessen WR und MTR aber stark positiv war, etwa ein andauernder Fieberzustand entweder vom Typus der Malaria tertiana oder dem hektischen vorgelegen habe. Bei allen solchen Fällen, die jeder sonstigen Grundlage entbehren, muß an Lues gedacht (cf. die zahlreichen französischen Publikationen) und das Blut auf Lues untersucht werden.

Zieler-Würzburg läßt stets WR, SGR und MTR nebeneinander anstellen, die sämtlich gründliche serologische Schulung verlangen. Die Beschränkung auf nur eine Reaktion ist ein nur für Ausnahmefälle erträglicher Notbehelf und wird dringend widerraten. Die MTR ist empfindlicher als die SGR und liefert keineswegs mehr unspezifische Ausfälle (für SGR Frankfurter Extrakte).

Rietschel-Würzburg.

Meinicke: Schlußwort.

Birnbaum-Würzburg: **Syphilis, Syphilisbehandlung und Leber,** ist inzwischen ausführlich als Übersichtsreferat im Zbl. f. Haut- u. Geschlechtskrkh. erschienen.

K. Herxheimer-Frankfurt stimmt zu, daß der Salvarsanikterus in den meisten Fällen durch Monorezidive und Herxheimersche Reaktion hervorgerufen wird. Die Frankfurter Klinik hatte bei mehr als 2 Millionen Salvarsaninjektionen noch keinen Salvarsanikterus. Bei Lichen ruber planus kann das Salvarsan heilen etwa in $^1/_6$ der Fälle. Die Herxheimersche Reaktion erklärt H. nicht wie der Vortragende durch Einschmelzung, sondern durch eine akute Steigerung der Entzündung, hervorgerufen durch giftige Leibessubstanzen der Treponemenleichen.

Touton-Wiesbaden sah in seinem ersten intravenös mit Salvarsan injizierten Fall, der gleichzeitig an Lues, Malaria und Lichen ruber planus litt, abgesehen von der günstigen Wirkung auf die Malaria tertiana, ein ganz rasches Verschwinden des Lichen ruber planus.

---

[1]) Extrakte und genaue Anleitungen zur Ausführung der Meinicke-Mikroreaktion können von der Adlerapotheke in Hagen (Westf.) bezogen werden.

Digitized by Google

Bettmann-Heidelberg stellt die Frage, wie man sich therapeutisch beim Spätikterus verhalten solle. Er scheut sich nicht, den Spätikterus mit Salvarsan zu behandeln. Erfolg gut.

Wolff-Karlsruhe bemerkt, es sei ihm seit Jahren aufgefallen, daß in Karlsruhe nicht nur keine Leberschädigungen, sondern überhaupt sehr wenig Salvarsanschädigungen beobachtet werden trotz gleichen Materials, gleicher Medikamente und doch wohl auch gleicher ärztlicher Technik. Es sei in Karlsruhe ein sehr kalkhaltiges Wasser. Ehrlich habe seinerzeit nur chemisch absolut reines Wasser zur Lösung zugelassen. Und da die Schäden trotzdem wiederkehrten, hat man neuerdings Kalk (Afenil) zugesetzt. W. regt an, daß überall, wo kalkhaltiges Wasser zur Verfügung steht, dieses benutzt wird.

Stühmer-Freiburg nimmt eine häufigere toxische Ätiologie des Ikterus nach Salvarsan an. Das periodisch und lokal gehäufte Auftreten läßt eine überwiegend syphilitische Ursache unwahrscheinlich erscheinen. Auch das Auftreten von Ikterus am Ende einer Salvarsankur kann wohl kaum auf Spirochätenwirkung zurückgeführt werden. Den Spätikterus hält St. ebenfalls für zuweilen toxisch bedingt.

Loeb-Mannheim: Zur Differenzierung des katarrhalischen Ikterus vom syphilitischen Ikterus scheint die Blutkörperchensenkungsgeschwindigkeit brauchbar zu sein, die bei nicht spezifischem Ikterus in zwei Fällen sehr verlangsamt war, während drei Fälle von syphilitischem Ikterus eine sehr starke Beschleunigung aufwiesen. Ob sich die Annahme bestätigt, müssen weitere Beobachtungen feststellen.

v. Zumbusch-München glaubt Bettmann zustimmen zu sollen, daß man auch bei Ikterus, allerdings mit Vorsicht, mit Salvarsan und auch mit den anderen Mitteln behandeln kann. Ob man Wismut oder Quecksilber den Vorzug geben soll, kann er nicht entscheiden. Die verschiedene Wirkung des Salvarsans auf Lichen ruber planus erklärt sich möglicherweise aus der verschiedenen Natur dieser Fälle.

Kohn-Frankfurt a. M. fragt, ob der Vortragende in der letzten Zeit, in der die Wismuttherapie in den Vordergrund gerückt ist, mehr Fälle von Ikterus beobachtet hat. Durch die Wismutbehandlung ist die Salvarsantherapie zurückgedrängt worden. Dadurch sind die Salvarsanpräparate längere Zeit nicht verwandt worden und schlecht geworden. Im Institut für experimentelle Therapie ist dies festgestellt worden.

Linser-Tübingen weist auf die Wichtigkeit der v. d. Bergh-Snapperschen Reaktion im Blutserum hin zur Entscheidung der Frage, ob syphilitischer oder katarrhalischer Ikterus, mechanischer oder zellulärer vorliegt. Die meisten Ikterusfälle der früheren Jahre sind wahrscheinlich auf mangelhafte Präparate zurückzuführen. Kalkhaltiges Wasser ist günstig in der Therapie.

Zieler-Würzburg: Ob ein Ikterus bei Syphilis bei oder nach der Salvarsanbehandlung ein syphilitischer ist oder nicht, läßt sich meist entscheiden. Bei syphilitischem Ikterus ist die Senkungsgeschwindigkeit der roten Blutkörperchen meist beschleunigt, bei sonstigem Ikterus verlangsamt. Bei gewöhnlichem Ikterus bleibt nach Salvarsan der Bilirubinspiegel im Blut der gleiche, beim syphilitischen Ikterus treten auf ganz kleine Gaben steile Anstiege auf vor dem endgültigen Abfall. Echter Salvarsanikterus kommt kaum je vor, am meisten noch neben Arzneiexanthemen. Aber auch hierunter befinden sich Fälle von sicher syphilitischer Herkunft. Fürchtet man die Möglichkeit einer Verschlimmerung mit Salvarsan beim syphilitischen oder unklaren Ikterus (Anstieg des Bilirubinspiegel im Blut), so behandelt man mit Hg nach dem Vorschlag von Jadassohn.

Nathan-Nürnberg: Zu den interessanten Mitteilungen von Zieler und Birnbaum möchte ich bemerken, daß wir bei fortlaufenden Untersuchungen des Bilirubingehalts des Blutserums bei syphilitischem Ikterus nach Salvarsaninjektionen im Gegensatz zu Ikterus anderer Ätiologie starke Steigerung des Bilirubingehalts im Serum mit der „direkten" Hymans-van der Berghschen Probe nachweisen konnten. Diese Steigerung könnte man zur Differentialdiagnose des syphilitischen und eines andersartigen Ikterus verwerten. Was die Beeinflussung des Lichen ruber durch Salvarsan betrifft, so möchte ich auf die Beobachtung von Spitzer verweisen, der Lokalreaktionen von Lichen ruber nach Silbersalvarsan beschrieben hat. Was endlich die von Touton erwähnte schnelle Heilung eines Lichen ruber nach Malaria betrifft, so glaube ich dabei vor allem in den Fiebersteigerungen eine wesentliche Ursache erblicken zu müssen. Namentlich Wiener Autoren haben ja auf die Heilungen von Lichen ruber durch Fieber erzeugende parenterale Injektionen, namentlich von Milch, aufmerksam gemacht.

Birnbaum-Würzburg (Schlußwort): Entgegen der Ansicht Stühmers wird die Möglichkeit des Auftretens eines syphilitischen Ikterus auch am Ende einer Salvarsanbehand-

Digitized by Google

lung durch eine eigene Beobachtung bewiesen (fast gleichzeitig spirochätenhaltige Rezidivpapel bei negativer WR; gleichzeitige Rückbildung von Papel und Gelbsucht auf weitere Salvarsan[Hg]behandlung). Die Ikterusepidemien traten vor Einführung des Wismuts auf.

Vill-Würzburg demonstriert zwei Kranke (Hausangestellte) mit papulo-nekrotischen Tuberkuliden bei vorwiegender Beteiligung der Hände und Füße. Die eine Kranke leidet seit 10 Jahren daran bei gleichzeitiger Lungentuberkulose. Bei der zweiten Kranken ohne Lungenmitbeteiligung, dagegen mit deutlichem Lichen scrof., besteht das Leiden seit 2 Jahren. Die häufigen Rückfälle stellen sich regelmäßig im Frühjahr oder Herbst ein, bilden sich auf kleine Röntgendosen etwas zurück, während Tuberkulinzufuhr bei dem einen Fall stets starke Verschlimmerung des Krankheitsbildes auslöst.

K. Herxheimer-Frankfurt: Leute, die durch ihren Beruf genötigt sind, die Hände unbedeckt zu halten, neigen zu Tuberkuliden an dieser Lokalisation.

Hammer-Stuttgart: Es sind bei derartig Erkrankten Störungen am Gefäßapparat, eine Insuffizienz der Vasomotoren vorhanden, die ausgesprochen dominant vererbbar ist und zu Tuberkuliden in engen Beziehungen steht.

Vill-Würzburg: **Pyotropinbehandlung des Lupus vulgaris.** Demonstration einer Lupuskranken, welche vergleichend mit Pyrogallus und Pyotropin an beiden Händen behandelt wurde. Kurze Besprechung der Brauchbarkeit des neuen Mittels nach den bisherigen Beobachtungen, das im allgemeinen der Pyrogallussäure gleichkommt, sie aber nicht an Wirkung übertrifft.

Herxheimer-Frankfurt macht auf die Sauberkeit und Schnelligkeit der Pyotropinbehandlung aufmerksam, die Dauerheilung läßt sich noch nicht beurteilen.

Bettmann-Heidelberg sieht bis jetzt von der Anwendung des Pyotropins keinen wesentlichen Vorteil.

Katz-Nürnberg hatte guten Anfangserfolg bei Lupus mit 5%iger Pankreasdispertsalbe (ein Kind von 2 Jahren mit Lupus verrucosus in 4 Wochen klinisch geheilt).

J. Müller-Wiesbaden: Bei offenem Lupus erreicht man mit einer Röntgenbestrahlung mehr als mit der schmerzhaften Pyrogallolsalbe. Was die Pankreassalbe betrifft, so ist sie zu empfehlen, wo schlechte Granulationen vorhanden sind (Ulcus cruris).

Markert-Würzburg: 1 Fall von **Urticaria pigmentosa** bei einem 3½jähr. Jungen. Das klinische Bild ist das gewöhnliche.

Bettmann-Heidelberg: Es gibt nicht wenige Fälle von Urticaria pigmentosa, die gegen die beginnende Pubertät schwinden.

Touton-Wiesbaden macht auf die Analogie mit Urticaria papulosa (Lichen urticatus, Strophulus infantilis) aufmerksam insofern, als auch dieser spontan in den Jahren schwindet, in denen es Bettmann bei Urticaria pigmentosa sah. (Ursächliche Beteiligung banaler Bestandteile der kindlichen Ernährung auf dem Wege einer Idiosynkrasie?)

H. Müller-Mainz, wie Bettmann, Anführung zweier Fälle.

Markert-Würzburg: 1 Fall von **Syringom** bei einer 30jähr. Frau am Halsausschnitt und auf der Brust. Histologische Untersuchung konnte bis jetzt nicht vorgenommen werden.

Ganz-Heidelberg wendet gegen die Diagnose ein 1. die Lokalisation (nur am Hals und obere Brust), 2. die urtikarielle Beimengung, 3. die verschiedene Größe der Einzelherde. Die Diagnose ist nur auf Grund histologischer Untersuchung möglich.

Zieler-Würzburg: Fälle, wie der vorliegende, sind auch ohne mikroskopische Untersuchung fast eindeutig zu erkennen. Örtlichkeit und Verschiedenheit der Einzelheerde ist bei ähnlichen Fällen das Gewöhnliche.

Markert-Würzburg: Junges Mädchen mit **Talgdrüsenhyperplasie** (sog. Talgdrüsennävus), seit der Geburt bestehend, an der gewöhnlichen Stelle unterhalb des linken unteren Augenlides und in der Mitte der linken Wange.

Zieler-Würzburg: **Acrodermatitis chronica atrophicans** bei 44jähr. Frau vor 15 Jahren begonnen. Beschränkung auf die Streckseite des linken Vorderarmes. Damals Verdacht auf Syphilis wegen knotiger Bildung über dem Olekranon mit Abbau des Knochens. Weitere Ausbreitung nach unten bis auf den Handrücken in kleine Flecke und flächenhaft bei gleichzeitiger Verschlimmerung einer leichten chronischen Lungentuberkulose. Beziehungen der Hauterkrankung dazu (Anetodermie usw.) waren nicht nachweisbar.

K. Herxheimer-Frankfurt macht auf die Beteiligung der Unterlippe in diesem Falle aufmerksam.

J. Müller-Wiesbaden erwähnt einen Fall von akrodermatitisartiger Erkrankung der Glutäalgegend im Anschluß an Hg-Injektionen.

Digitized by Google

Vill-Würzburg: **Beginnendes Karzinom** am linken Nasenflügel auf einer Operationsnarbe. Der ursprüngliche Herd war 2 Jahre vorher anderweitig operativ entfernt worden.

Karzinom des rechten Nasenflügels (früher für Lupus gehalten) bei einer 19jähr. Kranken, deren Vater an Blasenkarzinom gestorben war. Die Mutter steht ebenfalls wegen multipler Karzinome und seniler Keratosen in Behandlung. Inoperables Karzinom an der Nase, welches nach einer Dauer von 6 Jahren durch dreimalige Röntgenbestrahlung (je 1 ED 4 mm AF) völlig ausgeheilt ist; $2^1/_2$jähr. Nachbeobachtung.

1 Fall von klinisch **karzinom**verdächtiger Erkrankung an der rechten Nasenrückenhälfte bis zum Lidwinkel, seit 6 Monaten bestehend. 6 Jahre vorher Pigmentnävus an der gleichen Stelle, mit Röntgen behandelt. Die sehr weichen Ränder und die stark bogige Begrenzung erinnern mehr an ein tuberoulzeröses Syphilid, der körnig flache Grund an Karzinom. WR negativ. In der Vorgeschichte außer einem Abort im dritten Monat kein weiterer Anhaltspunkt für Lues. Auffallend ist die stark entzündliche Schwellung des Herdes auf Jodzufuhr. Nachtrag: Die später vorgenommene histologische Untersuchung ergab Basalzellenkrebs.

Karzinom des Nasenrückens mit ausgedehnter Rosazea des Gesichtes. Die Erkrankung scheint strahlenrefraktär zu sein, da trotz zwölfmaliger auswärts vorgenommener Röntgenbestrahlung (allerdings nur halbe ED) keine Beeinflussung.

Bettmann-Heidelberg.

K. Herxheimer-Frankfurt.

Richter-Würzburg: **Lupuskarzimom** bei einer 59jähr. Frau. Bestehen des Lupus vulgaris seit 20 Jahren, der karzinomatösen Wucherung seit 3 Jahren. Der Lupus ist viele Jahre vor der Karzinombildung nur durch einmaliges Auskratzen behandelt worden. Auf Röntgenbestrahlung ist das Karzinom an einzelnen Stellen gut zurückgegangen, an anderen unbeeinflußt geblieben. In der Würzburger Hautklinik sind seit 1911 7 Fälle von Lupuskarzinom beobachtet worden, d. h. 2% von den wegen Lupus vulgaris behandelten Kranken zeigten später oder vor Beginn der Behandlung Karzinombildung. Nur ein Fall davon ist auswärts vor der Karzinombildung mit häufigen, jedoch kleinen und verzettelten Röntgendosen behandelt worden. Daher ist dem Röntgen nicht eine ausschließliche Bedeutung für die Entstehung eines Lupuskarzinoms beizumessen.

K. Herxheimer-Frankfurt hat 2 Fälle von Lupuskarzinom beobachtet, von denen der eine gebessert, der andere geheilt und geheilt geblieben ist.

Hauck-Erlangen weist auf die offensichtliche Vermehrung der Lupuskarzinome in letzter Zeit hin und glaubt, daß diese Vermehrung auf ungeeignete Röntgenbestrahlung zurückzuführen ist.

Katz-Nürnberg erwähnt unsachgemäße Röntgenbehandlung von Lupus durch Nichtdermatologen mit Schädigungen. Aufklärung nötig.

Bettmann-Heidelberg verweist nicht nur auf die Häufigkeit der Lupuskarzinome bei röntgenbehandelten Patienten, sondern auch darauf, daß bestimmte Methoden und Dosierungen die Bestrahlung entscheiden.

Ruete-Marburg: Bei einem Material von 60—70 Lupusfällen sahen wir kein Karzinom.

Stühmer-Freiburg kann an dem Material der Freiburger Klinik die Häufigkeit der Lupuskarzinomfälle nicht bestätigen. Bei 700 regelmäßig kontrollierten Lupusfällen sind etwa 4 Fälle von Karzinom beobachtet worden, die zum Teil anderwärts bestrahlt wurden. Die von Rost geübte, systematische, wenn auch vorsichtige Röntgenbehandlung des Lupus in Verbindung mit Weißlicht und Höhensonne (in letzter Zeit auch Pyotropin) scheint im Hinblick auf Karzinomentwicklung ganz unbedenklich.

v. Zumbusch-München macht darauf aufmerksam, daß die Karzinome erst nach langen Jahren entstehen, ferner darauf, daß das Lupuskarzinom durch Röntgenbehandlung gefördert zu werden scheint.

Zieler-Würzburg: Auch nach Finsen- und Pyrogallusbehandlung sind Karzinome bei Lupus beobachtet worden. Gefährlich bei der Röntgenbestrahlung sind die kleinen, vielfach wiederholten Dosen.

Hammer, Hauck, Ruete, Zieler erwähnen Karzinombildung auf Lupus erythematosus.

Haas-Würzburg: 1 Fall von **syphilitischen (?) Unterschenkelgeschwüren.** 44jähr. Pat. mit abgelaufener Keratitis parenchymatosa, Sattelnase und Larynxveränderungen. Seit 18 Jahren ausgedehnte Unterschenkelgeschwüre. Die ausgedehnten stark verschmutzten Granulationsflächen machten zunächst den Eindruck von tiefgehenden pyodermatischen Ulzera. Nach der Reinigung traten scharf geschnittene, wie ausgestanzte

Digitized by Google

Geschwüre zutage, die neben dem Fehlen der Krampfadern, der Lokalisation und der Neigung zur Abheilung mit eingezogener Narbe sowie dem positiven Ausfall der WR für eine syphilitische Hauterkrankung sprechen. Die Einwirkung spezifischer Behandlung ist allerdings eine sehr mangelhafte.

Bettmann-Heidelberg: In vielen Fällen von hartnäckigen Ulcera cruris, die keinerlei Anhalt für Syphilis ergeben, auch mit negativer WR, beweist der rapide Erfolg spezifischer Behandlung den syphilitischen Hintergrund.

Baer-Frankfurt a. M. empfiehlt Pankreasdispert, K. Herxheimer-Frankfurt dachziegelförmige Heftpflasterverbände.

Haas-Würzburg führt bei einer 55jähr. Pat., die schon mehrere Jahre an Krampfadergeschwüren erkrankt ist, die gute Wirkung des Abschlußverbandes vor.

Birnbaum-Würzburg: a) **Umschriebene Sklerodermie**, Herd oberhalb des linken Schlüsselbeins; b) **diffuse Sklerodermie** mit hauptsächlicher Beteiligung des Gesichts (maskenartige Starre), des Nackens, der Brust, der Unterbauchgegend und der Streckseite beider Oberschenkel. Starke Hypoplasie der Schilddrüse. Innersekretorische Störung sonst nicht nachweisbar, aber auf Thyreoidinbehandlung anscheinend Besserung.

Ruete-Marburg hat bei einem umschriebenen Sklerodermieherd am Halse bei einem jungen Mädchen Heilung nach schwachen Röntgenbestrahlungen der Thyreoidea gesehen.

Birnbaum-Würzburg: 1 Fall von **rezidivierendem, chronischem, hyperkeratotischem Ekzem** (Dermatitis lichenoides pruriens) am ganzen Körper, besonders stark befallen Gesicht (Facies leontina), Hals und Nacken sowie die Gelenkbeugen der Gliedmaßen; ausgesprochene Struma. Thyreoidingaben ohne deutlichen Einfluß auf die Veränderung, nur Nachlassen des Juckreizes.

Touton-Wiesbaden hält es für eine zeitweise, ekzematisierte (Kratzekzem) Neurodermitis, die nach der vorübergehenden Beseitigung des Juckens (Teer-, Salizyl-, Seifenpflaster) ihren wahren zugrundeliegenden Charakter zeigt.

Keller-Freiburg: Bei ähnlichen Fällen von disseminierten Neurodermatiditen bestand in Freiburg in fast 100% eine positive Kutisreaktion auf Storm-van Leeuwenschen Extrakt (quaddelartige Sofortreaktion). Da sonst diese Reaktionen in fast 100% nur bei Asthma nervosum gefunden werden, ist eine Beziehung gerade zwischen dieser genau klinisch faßbaren Nervenerkrankung und dem Asthma durch die Stormsche Reaktion wahrscheinlich gemacht. Das klinische Bild ist dasselbe, wie es auch Asthma begleitende Dermatosen zeigen. Also polyvalente Eiweißüberempfindlichkeit, aber nicht gegen chemische (Bloch) oder lymphagoge Noxen (v. Groer-Hecht).

Nathan-Nürnberg denkt daran, daß wegen der vielfachen, für die Entstehung einer Neurodermitis angeschuldigten Ursachen die Erkrankung vielleicht nur als eine Reaktionsform der Haut angesehen werden muß, die unter verschiedenartigen Umständen auftreten kann. Bei Prüfung der Reaktionen des sympathischen und parasympathischen Systems, die ich gemeinsam mit Dr. Herrmann vorgenommen habe, fand sich bei einer Anzahl von Fällen von Neurodermitis ein Fehlen der Reaktion des Körpers gegenüber Atropin, Pilokarpin und Adrenalin.

Zieler-Würzburg: Die Bezeichnung Dermatitis lichenoides pruriens von Neisser entspricht vollkommen der Neurodermitis. Hautimpfungen mit dem Hautextrakt von Storm-van Leeuwen haben in einigen ähnlichen Fällen (lange vor der Aufnahme des Kranken) keine verwertbare Reaktion ergeben, darunter ein Fall mit Asthma.

Katz-Nürnberg empfiehlt intravenöse Injektionen von Natrium bromatum 1,0—10,0 und innerliche Gaben von Pankreaspräparaten.

W. Sack-Baden-Baden: Stark pruriginöse neurodermitische Dermatosen sind immer verdächtig auf eine auslösende psychische Komponente. Genaue psychische Exploration mit deren anschließender Psychotherapie unter genauer dermatologischer Kontrolle führt zu überraschend guten Ergebnissen.

v. Zumbusch-München weist hin auf die sehr charakteristischen Fälle mit starker Exsudation und der regelmäßigen Lokalisation auf Gesicht und Händen, die im Winter besser werden, im Sommer exazerbieren (Lichtwirkung?).

K. Herxheimer-Frankfurt hat weder von intravenösen Brom-Natriuminjektionen noch von Psychotherapie besonderen Erfolg gesehen. Neurodermitis steht öfters mit Asthma in Wechselbeziehungen.

Bettmann-Heidelberg: Es gibt Lichtdermatosen unter dem Bilde der Neurodermitis des Gesichts. Neurodermitis chronica + Asthma wohl nicht häufiger als Neurodermitis chronica + Erkrankungen der weiblichen Genitalien (endokrine Störung). Die psychischen Hintergründe bei prurigenen Dermatosen werden nicht genügend gewürdigt.

Digitized by Google

Poehlmann-München empfiehlt therapeutisch Heliobrom. Vergleichsweise Behandlung mit Tumenolammonium und Heliobrom an der gleichen Pat. ergab eine unzweifelhafte Überlegenheit des letzteren.

Zieler-Würzburg hat davon keine Vorzüge gesehen.

Birnbaum-Würzburg: 1 Fall von **atrophisierender Follikulitis** im Gesicht und an beiden Oberschenkeln. Beginn an den Kniekehlen, klinisches Aussehen sehr ekzemähnlich.

Birnbaum-Würzburg: 1 Fall von **ausgedehnter Knochen- und Hauttuberkulose, Rachitis und latenter Syphilis.** Leukoderm, ausgedehnte rachitische Knochenverkrümmungen, die am rechten Unterschenkel an die Säbelscheidenform der angeborenen Syphilis erinnern, ausgedehnte flächenhaft narbige Veränderungen an der Haut mit Einziehungen am rechten Handgelenk (ausgeheilte tuberkulöse Knochenfisteln; im Röntgenbild deutliche Atrophie der Handwurzelknochen). Am rechten Ellenbogen kleiner Lupusherd. Auf Tuberkulin Herd- und Allgemeinreaktion und Auftreten eines Lichen skrofulosorum. Im Röntgenbild keine syphilitischen Veränderungen an der rechten Tibia und an den rechten Handwurzelknochen.

Friedmann-Mannheim macht auf die Auswüchse aus den Narben dieses Falles aufmerksam, die er als Brücken und fibromatoide Bildungen in Skrofulodermnarben als Reste der ursprünglichen Haut beschrieben hat.

Birnbaum-Würzburg: 1 Fall von ausgedehnter **kongenitaler Spätsyphilis** mit Sattelnase, Keratitis parenchymatosa beiderseits und ausgedehnten eingezogenen, mit der Unterlage verwachsenen Narben an der Stirn (abgeheilte Knochensyphilis der Stirnbeine) sowie flächenhaften Narben an der linken Wangen- und Halsseite. WR, SGR und MTR positiv. Lumbalbefund negativ. Seit 2 Jahren verheiratet. 14 Monate altes, angeblich gesundes Kind.

Markert-Würzburg: 1 Fall von **ausgedehnter, oberflächlicher Trichophytie** am Rumpf bei einer Frau. Pilznachweis positiv.

Zieler-Würzburg: 1 Fall von **Blastomykose der Haut.** Wird anderweitig genauer berichtet.

Zieler-Würzburg: 1 Fall von wahrscheinlicher **Sporotrichose** (verruköse Form, multiple hämatogene Herde). Ursprünglich lymphogene Ausbreitung nach Verletzung. Keine Anhaltspunkte für Syphilis und Tuberkulose. Abschließende Untersuchung steht noch aus.

Herxheimer-Frankfurt hat vor längerer Zeit in 2 Fällen von ähnlicher Erkrankung am Handrücken Sporotrichose klinisch diagnostiziert. Kulturell wurden Tuberkelbazillen nachgewiesen.

Picard-Mainz erinnert an einen Fall von Sporotrichose des städtischen Krankenhauses Karlsruhe (1921).

Zieler-Würzburg: 3 Fälle von **Boeckscher Krankheit.** Zwei Kranke zeigen die Form des Lupus pernio, einer die Form des Boeckschen Sarkoids. Scharfe Trennung unmöglich. Niemals Reaktion auf Alttuberkulin intrakutan und subkutan (100, 250 bzw. 1000 mg). Erwähnung eines weiteren Falles ohne Reaktion auf Alttuberkulin und mit gesunden Lungen (Bericht Würzburger Ärzteabend, 25. X. 1910; M. m. W., 1910, Nr. 51), bei dem sich einige Jahre später eine chronische Lungentuberkulose entwickelte. Jetzt hochgradige Reaktion der Haut auf Alttuberkulin. Deshalb Ablehnung der Jadassohnschen Hypothese von der „positiven Anergie" solcher Kranken gegenüber Alttuberkulin, die auch durch Martensteins Mitteilung nicht gesichert erscheint.

K. Herxheimer-Frankfurt kann in der Färbung der Knötchen auf Glasdruck nur einen geringen Unterschied von derjenigen der Lupusknötchen finden.

Gans-Heidelberg: Beim Lupus pernio wurden im Tierversuch sicher Tuberkelbazillen nachgewiesen. Es gibt also sicher echten tuberkulösen Lupus pernio (Boeck). Wenn wir hier von einer Reihe von Fällen hören, die zwar klinisch und histologisch typischen Gewebsaufbau zeigen, aber keinerlei Anhalt für Tbk.-Ätiologie bieten, so ist eine Erklärung dafür am sinnfälligsten gegeben in der bereits von Lewandowsky und Kyrle ausgesprochenen Ansicht, daß der histologische Gewebsaufbau lediglich von den Eigenheiten der Gewebsreaktionsfähigkeit der einzelnen Haut abhängig ist. Für eine Entscheidung der ätiologischen Frage darf der Gewebsaufbau allein daher nicht mehr verwertet werden.

Zieler-Würzburg: Gans wendet sich gegen Behauptungen, die ich nie aufgestellt habe. Die Ausführung betrifft ausschließlich die vorgestellten Kranken, nicht die gesamte Frage.

Zieler-Würzburg: 3 Fälle von **Lymphogranulomatose** der Haut. Hautbeteiligung bei Lymphogranulomatose der Haut scheint häufig geworden zu sein. Bericht über 3 Fälle: a) Schuppende Erythrodermie; mikroskopisch ohne Befund. b) Pruriginöse Knötchen; mikroskopische Untersuchung unmöglich (außer Lymphknoten). c) Ohne nachweisbare Beteiligung der Lymphknoten ausgedehnte Erkrankung der Haut fast des ganzen

Digitized by Google

Körpers mit zahlreichen kleinen hämorrhagischen Knoten von dem bekannten Bau. Daneben große Geschwülste bis über Handflächengröße, größtenteils zerfallend und fast an Mykosis fungoides erinnernd.

Zieler-Würzburg: 1 Fall von **Pemphigus vegetans.** Ältere, nichtjüdische Bauernfrau (A. Neisser hat Pemphigus vegetans nur bei Juden gesehen). Vielfach zentrale Abheilung und serpiginöse Ausbreitung. Unverkennbare Blasenbildung am Rand. Befallen Mundschleimhaut und Umgebung des Mundes, Achselhöhlen, Nabelgegend, Genitokruralfalten und dann Umgebung in weiter Ausbreitung an Rumpf und Gliedern. Ursprünglich (auswärts) für Syphilis gehalten und dementsprechend behandelt.

Ruete-Marburg berichtet von ähnlichen Fällen bei jüdischen Patientinnen im Alter von 30—40 Jahren. Er weist auf Beziehungen zwischen Pemphigus vegetans und Menstruationsstörungen hin und auf Beziehungen zum Licht. Bedeutende Besserung nach Röntgenkastration. Keine Einwirkung einer einstündigen Kompressionsbestrahlung mittels Kromayerlampe.

Förster-Würzburg (Juliusspital): 1 Fall von **Lungensyphilis.** 71jähr. Kranker, seit 39 Jahren verheiratet. Ein Kind starb mit 18 Tagen: Blasen am Körper und geschwollenes Knie. Vor 40 Jahren Geschwür am Glied. Seit einigen Jahren zunehmende Atembeschwerden und Husten mit stechenden Schmerzen rechts und Auswurf. Keine Gewichtsabnahme, keine Nachtschweiße. Dämpfung rechts vorne und hinten bis zur 5. Rippe. bzw. Brustwirbel, leises Bronchialatmen in ihrem Bereich. Zwerchfell rechts schlecht verschieblich. Tuberkelbazillen. Röntgen: Solide Verschattung der oberen zwei Drittel der rechten Lunge. WR +. Auf antisyphilitische Behandlung (Jodkalium und Salvarsan) Rückgang der Beschwerden und röntgenologisch gut verfolgbare Aufhellung der rechten Lungenseite (Demonstration mehrerer Diapositive). Es handelt sich also um einen der seltenen Fälle von ausgedehnter chronischer, syphilitischer Induration der Lunge ohne eigentliche Gummibildung. Genauerer Bericht an anderer Stelle.

Hammer-Stuttgart: Vorzeigen eines **Weichgummihantelpesars zur Heilung von Analfissuren.** Es ist leicht herstellbar aus einem Stück Gummirohr, in dessen Enden je eine Spielkugel eingeführt wird.

E. Nathan und F. Herrmann-Nürnberg: **Über die Bedeutung des Lezithins für die Wismutwirkung.** Die Versuche gehen von der bekannten Tatsache aus, daß Lezithin verschiedene Stoffe in einem Medium, in welchem diese an sich unlöslich sind, molekular dispergiert, d. h. in echte Lösung bringt. Es zeigte sich nun, daß Lezithin auch gewisse Wismutoxydsalze hochgradig äther-, chloroform- und sogar öllöslich macht. Von den untersuchten Wismutverbindungen (Wismutoxyjodid, Quinby, Bismogenol, chlorsaures Wismut, Spirobismol, Milanol, Trepol, Kasbis, Bismophanol, subsalizylsaures Wismut) gelang es allerdings nur bei Quinby, Milanol, Bismophanol und chlorsaurem Wismut. Der Grad der Lösung war dabei abhängig von der Menge des zugefügten Lezithins. Mit dem Quinby (Jodchininwismut) bildet das Lezithin Absorptionsverbindungen, die nur schwer wasserlöslich sind. Es wird also einerseits eine Ausscheidung durch den Harn erschwert und so eine Steigerung bewirkt und andererseits die Resorption erleichtert. Neben der absoluten Bi-Menge ist also auch die Bindung des Bi im Molekül bedeutungsvoll. Die folgende Zusammenstellung über den Einfluß der Wismutverbindungen ohne und mit Lezithinzusatz auf die Spirochäten bei Kranken mit frischer Syphilis zeigt deutlich die Verstärkung der treponemoziden Kraft des Lezithinzusatzes:

	Treponemen negativ nach	Treponemen negativ nach absoluter Bi-Menge
Wismutchininjodid (Quinby)	4,5 ccm	0,135 Bi
„ + 0,04 g Lez. pro ccm	1,3 „	0,039 „
„ + 0,15 g „ „ „	1,0 „	0,03 „ = cc 1/4
Wismutoxyjodid	8,0 „	0,240 „
„ + 0,04 g Lez. pro ccm .	2,6 „	0,078 „ = cc 1/3
Trichlorbutylmalon-Bi (Milanol)	2,5 „	0.150 „
„ + 0,15 g Lez. pro ccm	1,5 „	0,045 „ = cc 1/3

Da nun ein Absinken des Lezithins im Serum bei der Syphilis von verschiedenen Autoren nachgewiesen worden ist, so kann dadurch vielleicht die Tatsache erklärt werden, daß eine Sterilisation der Syphilis nur in den ersten Monaten nach der Ansteckung mit Sicherheit gelingt.

Digitized by Google

Referatenteil

redigiert von Dr. Marie Unna, Hamburg-Bergedorf.

Fachzeitschriften.

The American Journal of Syphilis.

1924, Bd. 13, Nr. 4.

Die Verhinderung der Herz- und Gefäßsyphilis (The Prevention of Cardiovascular Syphilis), von W. D. Reid-Boston. S. 609. Der Verf. weist auf die außerordentliche Häufigkeit der syphilitischen Herz- und Gefäßerkrankungen hin. Nach seiner Schätzung beruhen 15—25% der Herzerkrankungen auf Syphilis, und bei etwa 50 bis 75% der Syphilitiker sind Herz- oder Gefäßerkrankungen zu beobachten. Die Diagnose dieser Erkrankungen ist bereits früher von dem Verf. besprochen worden, so daß er sich hier nur mit den nötigen Schutz- und Behandlungsmaßnahmen beschäftigt, deren wichtigste Forderungen etwa folgendermaßen zusammenzufassen sind: Zunächst durch eine besondere Terminologie die scharfe Trennung der syphilitischen Herz- und Gefäßerkrankungen, dann genaue Organuntersuchung aller Syphilitiker. Moralischer und, wenn erforderlich, staatlicher Zwang der Pat. zur regelmäßigen Einhaltung einer ausreichenden Therapie. Verdacht bei allen Herz- oder Gefäßerkrankungen auf Syphilis, bis das Gegenteil bewiesen ist, eventuell eine diagnostische Versuchskur. Es kommt alles darauf an, möglichst früh zu behandeln.

Syphilis der Prostata (Syphilis of the Prostate), von D. A. C. Starry-Iowa. S. 615. Es sind bisher nur eine geringe Zahl von syphilitischen Erkrankungen der Prostata berichtet worden. Der größte Teil der Fälle war nur klinisch diagnostiziert, und nur bei einem Falle war die Diagnose histologisch begründet. Dieser einen Beobachtung wird eine weitere angereiht. Ein 73jähr. Mann litt seit zwei Jahren an Miktionsbeschwerden, die sich schließlich so verstärkten, daß er mit kompletter Urinretention im Krankenhaus aufgenommen wurde. Als Ursache wurde eine Prostatahypertrophie ermittelt. Die Anamnese bot nichts Besonderes, luetische Infektion war nicht bekannt. Die Prostata wurde exstirpiert, der Pat. nach einem Monat geheilt und beschwerdefrei entlassen. Die Prostata wurde dem Verf. zur Untersuchung übersandt. An der Hand von acht Bildern wird das Untersuchungsergebnis erläutert. Es fand sich Plasmazelleninfiltration um die Blutgefäße, miliare Gummen, ältere Gummata, die sklerotische Veränderungen der Blutgefäße aufwiesen. Die Veränderungen waren im ganzen einwandfrei typisch für Lues. Der Verf. äußert den Verdacht, daß ein größerer Teil der Prostatahypertrophien auf Syphilis zurückzuführen sei.

XV. Ausscheidung des Arsens durch die Nieren nach intravenöser Injektion von Salvarsan, Neosalvarsan, Silbersalvarsan und Tryparsamide (Quantitative Studies in Syphilis from a Clinical and Biological Point of View), von D. J. A. Fordyce, J. Rosen und C. N. Myers-New York. S. 618. Es wurden bei dieser Arbeit, die einen weiteren Bericht der ausführlichen Untersuchungen der Autoren darstellt, etwa je 150 Urinproben nach intravenöser Applikation eines jeden der obigen Arsenpräparate untersucht. Die Ergebnisse der Untersuchungen sind tabellarisch zusammengefaßt. Der höchste Wert für die Arsenausscheidung beim Neosalvarsan wurde nach einer Stunde gefunden. Ein Vergleich mit der Arsenausscheidung durch die Fäzes zeigt, daß die eine Art der Arsenverbindung hauptsächlich durch den Urin, die andere durch die Fäzes ausgeschieden wird. Die große klinische Bedeutung der Untersuchungen ist wohl auch darin zu suchen, daß eine Beziehung zwischen den späteren Arsenschädigungen und der mangelhaften Arsenausscheidung gefunden werden konnte.

Retention und Elimination des Silbers mit spezieller Berücksichtigung des Silbersalvarsans und der Silbertherapie (Retention and Elimination of Silver with Special Reference to Silver Salvarsan and Silver Therapy), von C. N. Myers und H. B. Corbitt-New York. S. 704. Die Untersuchungen wurden an Kaninchen vorgenommen und zum Vergleich mit Silbersalvarsan zwei Silberproteine benutzt. Eine Reihe von Tabellen gibt die Ergebnisse wieder. Zusammenfassend kann gesagt werden, daß mehr

Digitized by Google

als 90% des injizierten Silbers in acht Tagen nach der letzten Injektion ausgeschieden wird. Selbst bei sehr großen injizierten Mengen findet die Ausscheidung noch so statt, während bei normalen Mengen fast alles Silber ausgeschieden wird. Ernährungsstörungen oder sonstige Krankheiten begünstigen die Silberintoxikation. Weitere Beobachtungen werden folgen.

III. Der relative Arsengehalt im Gehirn, Liquor und im Rückenmark von Kaninchen nach intravenöser Silberarsphenamininjektion (A Clinical and Biochemical Study of Neuro-Syphilis), von L. H. Cornwall und C. N. Myers-New York. S. 726. Die Untersuchungen haben zu dem Ergebnis geführt, daß Arsen in das Gehirn, den Liquor und ins Rückenmark nach intravenöser Injektion von Silberarsphenamin eindringt. Die Anwesenheit kann noch nach 96 Stunden festgestellt werden. Die Arsenmenge im Gehirn und Rückenmark beträgt etwa 5% von der im Liquor nachweisbaren Menge.

Spätsyphilitische Ulzerationen am Unterschenkel (Late Syphilitic Lesions of the Leg), von D. Montgomery und G. D. Culver-San Francisco. S. 734. Es werden zwei Fälle berichtet, die wegen der tertiären Ulzerationen am Unterschenkel bemerkenswert waren. Das eine war an der Wade, das andere an der Innenseite des Knöchels lokalisiert. Differentialdiagnostisch muß an Erythema induratum (Bazin) gedacht werden. Letzteres befällt meistens junge Mädchen. Charakteristisch für die luischen tertiären Ulzera ist die nierenförmige Gestalt und evtl. die begleitende Gewebshypertrophie. Beide Fälle sind auf antisyphilitische Behandlung geheilt, jedoch nur langsam. Beide Pat. waren im vorgerückten Alter.

Priapismus infolge wahrscheinlich luischer Rückenmarkserkrankung (Priapism from Cord Lesion Presumably Luetic), von P. G. Smith und Ch. I. Kiely-Cincinnati. S. 738. Es wird ein Fall berichtet, bei dem der Pat. schon ein halbes Jahr vor der Aufnahme 36 Stunden an Priapismus litt. Bei der Aufnahme dauerte der Priapismus schon vier Tage. Der Kranke hatte schon lange fortgesetzten Verkehr, Exzesse im Alkohol und Opium sowie Selbstverletzung ohne Erfolg versucht. Die Anamnese war ohne Besonderheiten. Sämtliche serologischen Untersuchungen auch des Liquors waren negativ; als sonstige pathologische Befunde waren nur eine Aufhebung der Patellarreflexe und eine allgemeine leichte Drüsenvergrößerung bemerkbar. Da am Genitalapparat keine Veränderungen nachzuweisen waren, wurde eine luische Pachymeningitis des Rückenmarks angenommen. Einen Tag nach der Aufnahme, nachdem alle Sedativa und Narkotika unwirksam gewesen waren, erhielt der Pat. 0,6 Sulpharsenobenzol, außerdem Jodkali in hohen Dosen. Es trat bald Besserung und nach weiterer antiluischer Behandlung Heilung ein. Genaue Besprechung der einschlägigen Fälle.

Über das Wesen der Wassermannschen Reaktion (On the Mechanism of the Wassermann Reaction), von W. L. Hardesty-St.Louis. S. 744. Umfassende Versuche über die WR mit anschließenden kritischen Bemerkungen. Die angewendete Methode ist etwa folgende. In der vorderen Gläserreihe 0,1 ccm inaktiviertes Serum, 0,9 ccm physiologische Kochsalzlösung, eine Einheit Antigen und zwei Einheiten Komplement. In der hinteren Reihe dasselbe ohne Antigen. Danach eine halbe Stunde Wasserbad bei 37° C. Zusatz von 0,1 ccm und 0,1 ccm von einer 5%igen roten Blutkörperchensuspension. Eine Stunde Wasserbad, von Zeit zu Zeit schütteln. Die erhaltenen Resultate waren sehr gut, bei sekundärer unbehandelter Syphilis in 100% positiv. Im zweiten Teil beschäftigt sich der Verf. mit einigen experimentellen Ergebnissen, die den Einfluß von Barbitursäure, Chloral und Alkohol auf die WR betreffen, sowie mit den Schwankungen bei Schwangerschaft, Anaphylaxie und Malaria.

Nachweis der Syphilis durch Provokation mit der Kolmerschen Komplementfixation (The Provocative Kolmer Complement-Fixation Test for Syphilis), von S. S. Greenbaum und C. S. Wright-Philadelphia. S. 778. Die Verff. haben ihre Untersuchungen an etwa 100 Fällen ausgeführt. Das Blut wurde erst entnommen, dann eine Injektion von 0,45 Neoarsphenamin gegeben, darauf die nächsten drei Tage täglich Blut entnommen, schließlich wieder am siebenten Tag. Das zuerst entnommene Blut wurde mit dem der zwei nächsten Tage zusammen untersucht. Zusammenfassend kann über die Ergebnisse gesagt werden, daß die Untersuchung von Bedeutung als Stütze der klinischen Diagnose ist, jedoch hier natürlich nur in beschränktem Umfange. Größer ist der Wert bei der Feststellung, ob die Krankheit noch besteht oder nicht. Betont muß werden, daß bei negativer Reaktion trotz Provokation die Erkrankung an Lues immer noch nicht ausgeschlossen ist.

Digitized by Google

Kontrolle bei Syphilis und Gonorrhoe entsprechend der Überwachung bei epidemischen Krankheiten (An Epidemiologic Approach to the Control of Syphilis and Gonorrhea), von R. S. Patterson-Trenton. S. 787. Die Arbeit beschäftigt sich erst mit den bei anderen Krankheiten, insbesondere den Pocken üblichen Bekämpfungsmaßnahmen. Des weiteren werden die auch in Deutschland bekannten Schwierigkeiten der Überwachung von Syphilis und Blennorrhoe besprochen. Als Beispiel praktischer Maßnahmen wird das Vorgehen von New-Jersey gebracht. Dort sind die Ärzte zur Meldung venerischer Affektionen verpflichtet und weiter verpflichtet, nach der Infektionsquelle zu forschen und diese zu melden. Jedoch liegt dieser Punkt bisher noch im argen. Es besteht Behandlungszwang. Weiter gehört zu dem Programm Überwachung der Kuppelei und Überwachen der wegen Geschlechtskrankheit verdächtigten Personen.

E. Rosenbaum-Berlin.

The British Journal of Dermatology and Syphilis.

1924, Bd. 36, Nr. 12.

Gutartiges Lymphogranulom und dessen Hauterscheinungen (Benign Lymphogranuloma and its Cutaneous Manifestation), von J. Schaumann-Stockholm. S. 515. Das Lymphogranulom kann nicht nur eine Affektion der Lymphdrüsen, sondern auch des Knochenmarks, der Lungen und Bronchialdrüsen sein. Es ist tuberkulöser Natur, wobei wahrscheinlich die bovine Abart des Tuberkelbazillus in Betracht kommt. Trotz der tuberkulösen Natur der Affektion scheint S. der Ausdruck gutartig gerechtfertigt, nicht nur in Anbetracht der langsamen Entwicklung und des vortrefflichen Allgemeinbefindens der Pat., sondern auch weil nicht ein einziger Fall bekannt ist, wo ein gutartiges Lymphogranulom tödlich geendet habe. Dieses Charakteristikum differenziert die vorliegende Lymphadenie von allen anderen und speziell von der malignen Form, welche an sich selbst — ohne eine Spur gleichzeitig vorhandener klassischer Tuberkulose — ein tödliches Ende hervorrufen kann. In manchen Fällen kann Heilung eintreten, ohne daß Pat. ein Opfer typischer Tuberkulose wird. Von Hauterscheinungen des gutartigen Lymphogranuloms unterscheidet S. die spezifischen (geschwulstartige, wie Lupus pernio und Boecks Sarkoide und Erythrodermien) und lymphadenide, wie Prurigo, Urtikaria und andere leichte Eruptionen. Der Lupus pernio Besniers und Boecks Sarkoid sind ohne Zweifel identisch, und histologisch zeigen ihre Gewebe keinen Unterschied von jenen der Drüsen, Tonsillen und des Knochenmarks (beim Lymphogranuloma). Vielleicht können noch andere Typen gefunden werden, welche hier ihren Platz finden, z. B. das Angiolupoid von Brocq und Pautrier, das nahe Beziehung zu Boecks knotigem Sarkoid hat. Wie andere Lymphadenien, so kann sich das gutartige Lymphogranuloma durch eine schuppige Röte von beträchtlicher Ausdehnung unter der Form einer chronischen Erythrodermie kundgeben, wofür ein Fall von sechsmonatiger Dauer angeführt wird; histologisch waren die Veränderungen auf die Umgebung der Gefäße, Haarfollikel und die Drüsen beschränkt. Prurigo und Urtikaria sind ziemlich gewöhnliche Begleiterscheinungen bei den klassischen Formen der Lymphadenitis, ebenso auch beim gutartigen Lymphogranulom.

Chronische, rezidivierende Polydermatomyositis mit vorherrschender Veränderung des subkutanen Fettes (Pannikulitis) (Chronic Relapsing Polydermatomyositis with Predominant Involvement of the Subcutaneous Fat [Panniculitis]), von Parkes Weber und A. M. H. Gray-London. S. 544. Fall einer 22jähr. Frau, der wie die meisten Fälle eine Dauer von bereits zwei Jahren aufweist (durchschnittlich 2 bis $2^1/_2$ Jahre). Die Haut der Pat. war am ganzen Körper trocken und schuppend, an den Handrücken und an den Zehen ausgesprochene Hyperkeratose; Hautverdickungen stellenweise an der Außenseite beider Arme und längs der Oberschenkel. Beträchtliche Muskelschwäche; Pat. war nicht imstande, sich ohne Hilfe aufzusetzen. Die Arme konnten nicht mehr wie im rechten Winkel zum Oberkörper, die Ellenbogen nicht mehr wie im Winkel von 100° gestreckt werden, die Kniegelenke schmerzhaft bei Bewegung, aber nicht geschwollen, Ödem und Schmerzhaftigkeit um die Knöchel. Eiweiß im Urin, Herz-, Gefäß-, Atmungsorgane und Nervensystem. Allmähliche Besserung durch die Behandlung, so daß Pat. ohne Hülfe gehen konnte; Eiweiß im Urin verschwand. Nach dem klinischen Bilde, dem Verlauf der Krankheit und den dermatologischen Befunden ist die Dermatomyositis ein verbreiteter parenchymatöser akuter degenerativer oder nekrotischer Prozeß toxischen Ursprungs, der im allgemeinen rezidiviert und haupt-

Digitized by Google

sächlich die gestreiften Muskeln und das subkutane Gewebe befällt. Die Hauptveränderung liegt, wie die Untersuchung am vorliegenden Falle lehrt, im Fettgewebe, wo die Kollagenbündel der fibrösen zwischen den Fettläppchen liegenden Scheiden ausgesprochene hyaline Degeneration zeigen, die Fettläppchen selbst mit Zellen infiltriert sind. Die Reaktion führt zu mehr oder weniger hochgradiger Fibrosis, welche analog der in inneren (Drüsen-) Organen, wie Niere und Leber, auf toxische Entartung oder Nekrose des Drüsenparenchyms („Nephrosis", „Xeratosis") folgenden Fibrose ist. Die unbekannte primär-toxische Ursache braucht nicht in jedem Falle die gleiche zu sein. Zu den schlimmsten Fällen gehören jene, bei welchen das Myokard oder die Zunge oder die Rachen-Kehlkopfmuskulatur befallen ist. Therapeutisch scheinen Heißluftbäder von wirklichem Werte und von inneren Mitteln Salizylate und Arsenik am meisten wirksam zu sein. Literaturübersicht. M. Stern-München.

Annales des Maladies Vénériennes.

1924, Jahrg. 19, Nr. 11.

Ein Fall von syphilitischer Roseola in ungewöhnlicher Form (Roseola in Kokardenform (Un cas de roséole syphilitique à morphologie insolite [Roséole en cocarde]), von S. Nicolau-Bukarest. S. 801—806. Verf. beschreibt einen Fall von Roseola en cocarde, die über den Rumpf, die Gliedmaßen und das Gesicht sich erstreckte. Das Exanthem bestand aus runden oder ovalen Flecken, die einen Durchmesser von etwa einem Zentimeter oder auch etwas mehr hatten. Im Zentrum jeder Effloreszenz befand sich ein gelblich-roter Punkt, der nicht erhaben war, keine Infiltration zeigte und auf Druck mit dem Objektträger verschwand. Auffallend war das frühzeitige Erscheinen des Exanthems, bereits sieben Wochen nach dem Primäraffekt. Schleimhautaffektionen bestanden nicht, die WR war stark positiv.

Balanitis ulcerosa (Balanite ulcéreuse), von Lévy-Bing und Gerbay-St. Lazare. S. 807. Zwei Fälle von ulzerierender Balanitis mit tiefen Defekten auf der Glans, die auf Betupfen mit Argentumlösung in sieben Tagen vollständig abheilen. Differentialdiagnostisch kam in Betracht Herpes, Ulcus molle und Lues. Die Effloreszenzen bei Herpes sind jedoch oberflächlicher; außerdem wird man da stets nichtgeplatzte Bläschen finden. Das Ulcus molle hat einen eitrigen Grund und blutet leicht und zeigt nicht den lebhaft geröteten Saum, wie er bei den beschriebenen Ulzerationen zu sehen war. Für Lues endlich sprach nichts: keine Spirochäten, WR negativ, schnellste Heilung auf unspezifsche Behandlung.

Herpesartige Metritis (Métrite herpétique), von G. Belgodère. S. 813. Eine Kranke, die wegen etwas schleimig-eitrigem Ausfluß in die Sprechstunde kommt, zeigt an der Zervix eine Aussaat kleiner Erosionen von etwa Stecknadelkopfgröße in unregelmäßiger Anordnung. Aus den Bläschen perlte eine klare, durchscheinende Flüssigkeit. Das Corpus uteri war etwas vergrößert und auf Druck empfindlich. Betupfen mit Jod und einige antiseptische Spülungen ließen die Erscheinungen verschwinden. Diese Lokalisation des Herpes am Collum uteri kann man auffassen als ein Pendant zur Herpesurethritis beim Manne.

Rückfälle und Dosierung bei der Behandlung der Syphilis mit Wismut (Recidives et doses dans le traitement de la syphilis par le bismuth), von Barthélemy. S. 819. Verf. wendet sich gegen einen von Kislitchenko im Juniheft dieser Annalen unter gleichem Titel veröffentlichten Artikel, ref. Derm. W., Bd. 79, S. 1427; hierin teilt K. seine Erfahrungen in der Wismutbehandlung mit, die recht pessimistisch klingen, nachdem er auf 82 Fälle nicht weniger als zwölf Rezidive sah. Barthélemy erklärt diese auffallend schlechten Ergebnisse mit der angewandten viel zu geringen Dosierung. Nur in einem einzigen Fall wurde die Gesamtdosis von 0,91 g metallischen Wismuts erreicht und das in 15 Injektionen, die sich auf drei Monate verteilten. In der Mehrzahl der Fälle wurden 0,75 g Wismut nicht erreicht. Im Gegensatz hierzu stehen die französischen Erfolge, die allerdings mit ganz anderen Gaben erzielt werden: im Durchschnitt 0,50 g metallisches Wismut wöchentlich und bis zu 3 g während einer Kur.

Behandlung der Bartholinitiden mittels sklerosierender Einspritzungen (Traitement des bartholinites par les injections sclérosantes), von J. Gouin und R. Aoustin. S. 823. Verwandt wurde eine 10%ige Chlorzinklösung. Man fixiert die Drüse zwischen zwei Fingern, macht sich deren Ausführungsgang sichtbar und spritzt nun langsam einige Tropfen der Flüssigkeit ein. Der zunächst einsetzende lebhafte Schmerz

Digitized by Google

vergeht schnell, ebenso klingt nach 2—3 Tagen die entstandene örtliche Entzündung ab. Wenn jetzt die noch in der Drüse etwa befindliche Flüssigkeit herausgedrückt wird, verödet diese nach kurzer Zeit vollkommen. Das Verfahren gibt gute Resultate und befriedigt kosmetisch mehr als die Operation.

1924, Jahrg. 19, Nr. 12.

Die experimentellen Übertragungen venerischer Krankheiten auf Ärzte (unbekannte Opfer) (Les inoculations experimentales de maladies vénériennes à des médecins [Dévouements trop ignorés]), von J. Lacassagne und Pigeaud. S. 865. Den Manen derjenigen Ärzte, die auf dem Altar der Wissenschaft Leib und Gesundheit opferten, ist die Arbeit geweiht. Tatsachen, die uns heute als selbstverständlich erscheinen, wurden erst gefunden und bewiesen, indem Meister der Medizin und deren Jünger ihren Körper für das Experiment hergaben. Hierher gehört die Erkenntnis von der Übertragbarkeit der Syphilis, der primären wie der sekundären, von der Identität der Augenblennorrhoe und der Blennorrhoe, von der Infektiosität der Blennorrhoe usw. Von Namen seien genannt: Hunter, Ricord und Rattier, Hubbenet in Kiew, Galligo in Italien und von Deutschen Rinecker in Würzburg und Lindwurm in München. Letzterer ließ sich den Eiter von mehr als 2000 Ulcera mollia überimpfen, in dem Gedanken, er könnte auf diese Weise von seiner Lues geheilt werden, die er auf experimentellem Wege erworben hatte.

Zwei Beobachtungen über Unbeeinflußbarkeit, Widerstandsfähigkeit und Rückfälligkeit der Syphilis (bei Anwendung von unlöslichen und löslichen Wismutverbindungen) (Syphilis, indifférence, resistance et récidive [Sels de bismuth, insoluble et soluble), von J. Gouin und M. R. Aoustin. S. 881. Der eine Fall betraf eine 33jähr. Kranke, die wegen eines Primäraffektes mit Salvarsan und Quecksilber behandelt worden war (2,25 g Neosalvarsan, zehn Enesoleinspritzungen zu 0,06 und sechs Muthanolinjektionen). Trotz Verschwinden der klinischen Erscheinungen blieb die WR dauernd stark positiv, deshalb Wismut. Nach der siebenten Injektion tritt ein generelles Sekundärsyphilid von papulösem Charakter auf, dessen Intensität sogar nach drei weiteren Spritzen zunimmt. Deshalb erneut Salvarsan und Quecksilber; das Exanthem verschwindet zwar, aber die WR bleibt positiv. Es handelt sich also hier um eine Unbeeinflußbarkeit der Lues durch Wismut, das nicht imstande ist, die Ausbreitung einer latenten Syphilis zu verhindern. Bei dem zweiten Fall handelte es sich um einen 38jähr. Kranken, der wegen Syphilids beider Handteller mit einem löslichen Wismutpräparat behandelt wurde. Nach der zehnten Einspritzung waren die Erscheinungen an den Händen verschwunden. Aber nach der 17. Spritze erschienen sie wieder und waren nach der 20. stärker als bei Beginn der Behandlung. Auf Salvarsan erfolgte Heilung. F. Landauer-Berlin.

Archives of Dermatology and Syphilology.

1924, Bd. 10, Nr. 5.

Meine Idealklinik für Hautkrankheiten (My Ideal Clinic for Diseases of the Skin), von H. P. Towle-Boston. S. 537.

Der Kalziumgehalt des Blutes bei verschiedenen Hautkrankheiten beurteilt nach einer Analyse von über 300 Fällen (The Calcium Content of the Blood in Various Diseases of the Skin Based on an Analysis of over Three Hundred Cases), von H. J. Schwartz und O. L. Levin-New York. S. 544. Die Untersuchungen nach der Methode Kramer und Tisdall ergaben keine bemerkenswerten Beziehungeu zwischen Hautkrankheiten und Kalziumgehalt des Blutes. Eine Kalziumverminderung fand sich in mehreren Fällen von Acne vulgaris, Ekzem, Furunkulose und Follikulitis. Kalziumzufuhr schien bei einigen dieser Fälle eine Besserung des Befindens und eine Vermehrung des Kalziumgehaltes im Blut hervorzurufen. Obgleich bei Urtikaria und ähnlichen Erkrankungen normaler Kalziumgehalt festgestellt wurde, ist es möglich, daß in solchen Fällen das Gewebe Kalzium nicht aufzunehmen vermag, oder daß eine Störung des Zellchemismus besteht. Es müssen noch feinere Untersuchungsmethoden gefunden werden, ehe man auf diesem Wege in der Erforschung der Hautkrankheiten vorwärts kommen wird.

Digitized by Google

Wirkungen nichtspezifischer Proteinkörpertherapie auf die Syphilis, besonders die Beeinflussung der Hauterscheinungen (Effects of Nonspecific Protein Therapy in Syphilis with Special Reference to Its Cutaneous Manifestations), von S. S. Greenbaum und C. S. Wright-Philadelphia. S. 551. 35 Pat. erhielten vor Einleitung der spezifischen Kur sechs intramuskuläre Milchinjektionen. Einige Fälle von Lues II heilten nach den Milchinjektionen rapid ab, während bei anderen die Ausbreitung des Exanthems stärker wurde. Fälle von Lues III heilten durchweg schnell ab. Lues I wurden nicht behandelt, um die Abortivkur nicht hinauszuzögern. Verf. empfiehlt die Anwendung der Proteinkörpertherapie als Hilfsmittel besonders bei chronischer Syphilis, da durch sie eine Aktivierung der natürlichen Schutzkräfte des Körpers ausgelöst wird.

Myeloische Leukämie der Haut: Bericht über einen Fall (Myeloid Leukemia of the Skin: Report of a Case), von J. L. Tenenbaum-New York. S. 557. Bei einem 60jähr. Mann zeigten sich innerhalb weniger Wochen bläulichrote schmerzlose Knoten und Tumoren neben zahlreichen Hämorrhagien am ganzen Körper. Leber- und Milztumor vorhanden, das Blutbild jedoch nicht charakteristisch. Nach Röntgenbestrahlungen schneller Verfall. Die Sektion bestätigte die Diagnose: myeloische Leukämie auch für die Hauttumoren.

Beobachtungen über fusiforme Bazillen und Spirochäten. Weitere Feststellungen über ihre Lokalisation an den Geschlechtsorganen gesunder Frauen und ihre Bedeutung bei gewissen genitalen Infektionen und Tumoren (Studies of Fusiform Bacilli and Spirochetes. XI. Further Observations on Their Distribution About the Genitalia of Normal Women and Their Significance in Certain Genital Infections and Tumors), von I. Pilot und A. E. Kanter-Chicago. S. 561. Bei 54 untersuchten Frauen waren fusiforme Bazillen und Spirochäten häufig in der Vulva, nicht jedoch im Vaginal- und Zervixsekret vorhanden. Sie sind also keineswegs die Ursache von Ausfluß. Bei allen ulzerativen Prozessen der Genitalien (syphilitische Ulzera, spitze Kondylome, Karzinom usw.) sind sie reichlich vorhanden und verursachen Nekrose und fauligen Geruch. Mikroskopisch lassen sich diese Spirochäten sehr gut, z. B. von Spirochaeta pallida unterscheiden. Wenn spezifische Ulzera sekundär infiziert werden, so handelt es sich meist um eine autogene, ganz selten um eine von außen her übertragene Infektion.

Gummöses Skrofuloderm (Tuberculosis colliquativa) (Scrofuloderma gummosa [Tuberculosis Colliquativa]), von H. E Michelson-Minneapolis. S. 565. Die Tuberculosis colliquativa ist eine echte Hauttuberkulose, die selbständig in der Kutis oder Subkutis entstehen kann und nicht immer von erkrankten Knochen oder Drüsen ihren Ausgangspunkt zu nehmen braucht. Differentialdiagnostisch muß stets ein syphilitisches Gumma in Betracht gezogen werden. Die Prognose richtet sich nach der sozialen Lage des Erkrankten. Therapeutisch werden Röntgen, Höhensonne und Tuberkulineinspritzungen empfohlen.

Universelle Hautleukämie (Universal Leukemia Cutis), von H. L. Keim-Michigan. S. 579. Ausführlicher Bericht über einen Fall von lymphatischer Leukämie, der klinisch, histologisch und nach dem Blutbild typisch war. Besonders auffallend waren neben der universellen diffusen Hautinfiltration papillomatöse Wucherungen an den Füßen und an den Vorderarmen. Nach Beobachtung dieses Falles und anderer Fälle von Leukämie, Mycosis fungoides, Lymphosarkom und Hodgkinscher Krankheit hält es Verf. für berechtigt, alle diese Krankheiten unter dem Begriff des Lymphoblastoms zusammenzufassen. Die verschiedenen Hauterscheinungen müssen dann als Variationen der Lymphoblastome aufgefaßt werden.

Die Wassermann-Reaktion. XII. Die Wirkung intramuskulärer Injektion von Neoarsphenamin auf die Wassermann-Reaktion (The Wassermann Test. XII. The Effect of Intramuscular Injection of Neo-Arsphenamin on the Wassermann Reaction), von D. L. Belding und R. H. Holmes-Boston. S. 601. Die WR fällt bei kongenitaler Lues stärker aus als bei erworbener Lues von gleicher Dauer; ebenso ist sie stärker im Frühstadium kongenitaler Syphilis als im Spätstadium. Kinder mit manifesten Symptomen reagieren stärker als solche mit latenter Lues. Intramuskuläre Injektionen von Neoarsphenamin, die nur selten eine lokale Reaktion hervorrufen, vermögen wenigstens 16 Wochen lang die WR günstig zu beeinflussen.

Das Verhalten des Silberarsphenamins zu dem sympathischen Nervensystem und zu dem sogenannten angioneurotischen Symptomenkomplex (The Relation of Silver Arsphenamin to the Involuntary Nervous System and to the So-Called Nitritoid Crisis), von I. Rosen, E. F. Müller und C. N. Myers-New York. S. 607. Bekanntlich tritt

Digitized by Google

nach jeder intravenösen Arsphenamininjektion eine leichte Leukozytenverminderung in den peripheren Gefäßen als Reaktion des sympathischen Nervensystems auf, und zwar besonders bei Pat. mit angioneurotischen Erscheinungen. Intravenöse Silberarsphenamininjektionen rufen im allgemeinen keine Leukozytenverminderung hervor, haben also keinen Einfluß auf das sympathische Nervensystem. Nur Personen, die nach Arsphenamininjektionen angioneurotische Symptome zeigen, haben auch Leukozytenverminderung nach Silberarsphenamin. Es liegt hier eine besondere Disposition der betreffenden Personen vor und keine direkte Störung durch das Silberarsphenamin.

1924, Bd. 10, Nr. 6.

Kongenitaler ektodermaler Defekt (Congenital Ectodermal Defect), von G. M. MacKee und G. C. Andrews-New York. S. 673. Die Bezeichnung „kongenitaler ektodermaler Defekt" wird angewandt, um unvollkommene Entwicklung der Haut oder ihrer Anhänge zu bezeichnen. Zusammen mit dem vom Verf. berichteten Fall sind in der Literatur nur zehn derartige Fälle, neun männliche und ein weiblicher, bekannt. Das Aussehen des Pat. erregt Verdacht auf kongenitale Syphilis; daher werden sie vielfach dementsprechend behandelt. Die hauptsächlichsten Merkmale dieser Gruppe sind: Sattelnase, atrophische Rhinitis, vorgewölbte Supraorbitalränder, aufgeworfene dicke Lippen, dünne trockene Haut, Papeln des Gesichts, Fehlen der Schweißdrüsen und fast der gesamten Haartalgdrüsen des Körpers, Intoleranz gegen Hitze. Der vom Verf. geschilderte Fall zeigte außerdem mongoloides Aussehen, angewachsene Ohrläppchen, feine Runzeln der Augenlider und ihrer Umgebung; strahlenförmige lineäre Defekte der Mundwinkel und in Nähe der Nasenflügel; Aplasie der Nägel; Papeln des Gesichts; Hyperkeratose der Handflächen und Fußsohlen; sechs Zähne im ganzen ohne jede weitere Zahnanlage; nur vereinzelte Augenwimpern- und Augenbrauenhaare. Keine Tuberkulose, keine Syphilis der Eltern und Vorfahren. Die Ursache dieser unvollkommenen Entwicklung ist unbekannt. Interessant ist es, daß das Fehlen der Schweißdrüsen Intoleranz gegen Hitze bewirken; ihre Aufgabe besteht also nicht in der Hautatmung, sondern in der Wärmeregulation des Körpers. Die histologische Untersuchung der Gesichtspapeln ergab erweiterte, hyperkeratotische Follikel, degenerierte Talgdrüsen und Akanthose.

Experimentelle Acne varioliformis (Experimental Acne Varioliformis), von M. M. Strumia-Philadelphia. S. 702. In zwei typischen Fällen von Acne varioliformis konnten kulturell sowohl Staphylokokken als auch Streptokokken nachgewiesen werden. Durch intrakutane Injektion dieser beiden Organismen konnten bei den Pat. sowohl als auch im Tierexperiment dieselben Pusteln hervorgerufen werden. Staphylokokken allein oder Streptokokken allein vermochten keine Acne varioliformis hervorzurufen. Offenbar gibt es keinen typischen Erreger für diese Erkrankung. Tuberkulose konnte ausgeschlossen werden. Die tiefe Nekrose, das Randödem und die schlechte Heilungstendenz der Pusteln ist den Streptokokken zuzuschreiben.

Präkanzeröse Dermatosen (Precancerous Dermatoses: Report of a Case), von T. Fukamachi-Tokio. S. 714. Bericht über einen 48jähr. Mann mit klinisch sicherem Karzinom im Koronarsulkus. Histologisch war die Diagnose nicht einwandfrei zu stellen; daher rechnet Verf. seinen Fall zur Gruppe der präkanzerösen Dermatosen, bis eine exaktere Klassifikation möglich sein wird.

Klinische Beobachtungen über die Kahnsche Reaktion bei Syphilis (Clinical Studies on the Kahn Reaction for Syphilis), von H. L. Keim und R. L. Kahn-Lansing. S. 722. Die Kahnsche Reaktion wurde in 2600 Fällen mit der WR verglichen. Bei Primärsyphilis gab die Kahnsche Methode feinere, bei Lues II gleichwertige, bei Lues III bessere Resultate mit Ausnahme der viszeralen und zerebrospinalen Fälle. Bei kongenitaler Lues ist die Kahnsche Methode der WR an Genauigkeit überlegen. Die positiv ausfallenden Resultate der Kahnschen Methode bei Nichtsyphilitikern war verschwindend gering: 4 auf 1975.

Haltbarkeit von getrocknetem Rinderherzmuskelpulver zur Herstellung von Antigen zur Ausführung der Komplementfixierungsreaktionen bei Syphilis, mit besonderer Berücksichtigung der Kolmerschen Methode (Stability of Desiccated Beef Heart Muscle Powder for Preparation of Antigens for Conduct of Complement-Fixation Tests in Syphilis, with Special Reference to the Kolmer Method), von R. A. Kilduffe-Los Angeles. S. 734. Rinderherzmuskel eignet sich besser zur Herstellung von Antigen als Menschenherzmuskel, weil es stets frisch und von gesunden Lebewesen zu erhalten ist. Rinderherzmuskelpulver kann in großen Mengen für den Handel hergestellt werden; das daraus hergestellte Antigen ist noch nach elf Monaten völlig brauchbar, wenig

Digitized by Google

hämolytisch und hat eine hohe Stärke als Antigen, wie es die Kolmersche Methode erfordert. Das Pulver muß nur vor Feuchtigkeit geschützt werden.

Beziehung des natürlichen Hämolysins gegen Hammelblut im menschlichen Serum zu Kolmers quantitativer Komplementfixierungsreaktion für Syphilis (Relation of Natural Antisheep Hemolysin of Human Serums to Kolmer's Quantitative Complement-Fixation Test for Syphilis), von R. A. Kilduffe-Los Angeles. S. 745. Das menschliche Serum kann so viel natürliches Hämolysin gegen Hammelblut enthalten, daß es ein spezifisches Resultat verhindert, oder ein gänzlich falsches liefert. Erst wenn die Kolmersche Methode mit hämolysinfreiem Serum ausgeführt wird (Absorptionsmethode nach Kahn), liefert sie sichere Resultate. L. Mühlpfordt-Allenstein.

Bücherbesprechungen.

Cliniques Dermatologiques, von L. Brocq. (740 Seiten mit 54 Textabbildungen. Verlag Masson & Cie, Paris 1924.) Es ist mehr als ein Menschenalter her, daß der damals noch jugendliche Brocq sich auf einem äußerst verworrenen Gebiete der Dermatologie, der Dermatitis herpetiformis Duhring[1]), seine literarischen Sporen verdiente. In dieser musterhaften kritischen Arbeit erstanden von neuem auf Grund seiner sorgfältigen klinischen Analyse die Arbeiten von Duhring und dessen Vorgängern: Bazin und Tilbury Fox, und erwarben sich in dieser geklärten Form sofort das Bürgerrecht in Frankreich, Deutschland, England und Amerika. Es ist ein großer Sprung von jenem ersten Hauptwerke Brocqs zu diesem uns jetzt vorliegenden Werke des alten Meisters. Dazwischen liegt ein Leben voll fruchtbarer Arbeit, welche Brocq an die Spitze der französischen Dermatologen erhob. Er ist auch jetzt noch wie vordem der reine Kliniker nach dem Muster seiner Lehrer Vidal und Besnier geblieben und verschmäht es, auf den Boden histopathologischer Forschung zu treten, wie wir es in Deutschland gewohnt sind. Er findet dafür einen Ersatz in der von ihm erfundenen makroskopischen „grattage méthodique", der wir deshalb in der folgenden Besprechung einen breiten Raum gewähren, um den deutschen Lesern die Möglichkeit eines Vergleichs zu bieten. Brocqs „Cliniques Dermatologiques" sind nicht als Lehrbuch gedacht. Es sind Vorlesungen, die der Verf. im Laufe der Jahre gehalten hat, und mit denen er eine lebendige Schilderung der dermatologischen Krankheitsfälle geben will. Manche dieser „Cliniques" sind bereits in verschiedenen französischen Zeitschriften veröffentlicht, Brocq hat sie zu einem Ganzen zusammengestellt, um zu zeigen, wie er das Studium der Hautkrankheiten gelehrt haben will. Alle Krankheiten sind im allgemeinen in zwei Gruppen zu teilen, in eine mit bekannter und eine mit unbekannter Krankheitsursache. In der Dermatologie sind zur ersten Gruppe alle Dermatosen zu rechnen, die durch verschiedenste äußere Schädlichkeiten hervorgerufen werden (traumatische, toxische, medikamentöse, alimentäre und durch Lebewesen bedingte). Diese erste Gruppe umfaßt Brocqs „Entités morbides vraies". Verf. nimmt an, daß bei manchen zur zweiten Gruppe gehörenden Krankheiten, den „Réactions cutanées", das ätiologische Problem fast gelöst ist. Seiner Ansicht nach wird man bald eine Gruppe von Dermatosen zu unterscheiden haben, die auf Dysfunktion bestimmter Organe und Organsysteme des Körpers beruht. Bei der Genese der „Réactions cutanées" handelt es sich um verschiedene Ursachen, die gemeinsam das Krankheitsbild hervorrufen. Eine oder mehrere Noxen können hier die „étiologie dominante" sein. Alles richtet sich nach dem „terrains individuels". In der Praxis handelt es sich ätiologisch fast stets, wenn nicht immer, um „cas mixtes ou complexes". Brocq kann sich, und mit Recht, nicht auf eine „unification" der therapeutischen Methoden einlassen, die gerade heute in Mode ist, und die das individuelle Moment ganz oder zu wenig berücksichtigt. Verf. legt größten Wert auf die Diagnostik der einzelnen Efflorescenzen und auf das Studium des Terrains, auf dem sie entstehen. Eine genaue Anamnese, eine genaue Untersuchung aller Organe und Erforschung der Lebensweise und des Milieus des Kranken ist unerläßlich. Nach diesen Grundsätzen hat Brocq immer behandelt und seine Schüler im Studium der Dermatologie unterwiesen. Der Dermatologe muß das Alphabet der dermatologischen Nosologie zu schätzen wissen, er muß aus der Haut gewissermaßen alles herauslesen können. Da Brocq die Biopsie und darauf-

[1]) Ins Deutsche übersetzt: Mh. f. pr. Derm., 1888, Bd. 7, S. 625.

Digitized by Google

folgende histologische Untersuchung für wenig praktisch und nur von besonderen Spezialisten für ausführbar hält, hat er, um die seiner Meinung nach sich hierbei ergebenden Unzuträglichkeiten aus dem Wege zu räumen, seine „grattage méthodique" geschaffen. Zu ihrer Ausführung bedarf man einer Kürette, deren Ränder relativ stumpf sein müssen, da sie das Gewebe kaum exkoriieren soll, eines Glaskompressors, Zigarettenpapiers und feinen, weißen Leinens zum Reinigen und Trocknen der Haut. Die betreffende Hautstelle wird zuerst gereinigt, dann wird der Glaskompressor aufgedrückt zur Feststellung des Erythemgrades oder bestehender Angiektasien. Darauf wird zwischen Haut und Glaskompressor ein Blatt Zigarettenpapier gelegt, um festzustellen, ob es sich um Schweiß- oder seborrhoische Sekretion handelt. Jetzt erst beginnt die „grattage". Mit der linken Hand wird die zu untersuchende Gegend fixiert; die ohne besondere Kraft zwischen Daumen und Zeigefinger der rechten Hand gehaltene Kürette läßt man leicht über die betreffende Effloreszenz gleiten. Die Grattage muß oberflächlich sein. Bei kongestiven und ausschwitzenden Effloreszenzen legt man nach 4—5maligem Kratzen ein Blatt Zigarettenpapier auf, bei trockenen und squamösen nach 15—20maligem Kratzen, darüber kommt der Glaskompressor, und man sieht, ob sich auf dem Papier Ausschwitzung zeigt. Dann gebraucht man den Glaskompressor allein zur Feststellung einer etwa bestehenden Purpura. Bei trockenen und squamösen Effloreszenzen ist auch auf Adhärenz, Zerreibbarkeit, Menge und Aussehen der Schuppen zu achten. Darauf Fortsetzung der Grattage unter Beobachtung der zu kratzenden Stelle. Glasdruck, Auflegen von Zigarettenpapier und Leinwand muß zwischendurch immer erfolgen. Die Grattage gestattet ein genaues Studium der Primäreffloreszenzen und ersetzt in manchen Fällen die Biopsie. — Brocqs Buch schildert in dem beim Verf. gewohnten meisterhaften, fließenden Stil alles Wesentliche der Diagnostik, Klinik und Therapie, und zwar sowohl von seinem subjektiven Standpunkte aus wie als heutiger Repräsentant der berühmten französischen Schule. Gerade weil das Werk uns mit den Ansichten eines Mannes bekannt macht, der mit Enthusiasmus auf die gesamte französische Tradition und sein eigenes Lebenswerk zurückblickt, ist es besonderen Studiums wert. Das Buch ist mit zahlreichen, echt französischen, d. h. sehr guten, schwarzen Abbildungen aus Brocqs eigener Sammlung, die er 1921 dem Hospital St. Louis geschenkt hat, ausgeschmückt. Den Schluß bildet ein bibliographisches Verzeichnis der Brocqschen Publikationen über Hautkrankheiten und Syphilis.

P. G. Unna.

Mitteilungen aus der Literatur.

Impetigo, Pyodermie, Diphtherie.

Diphtherieschutzimpfung, von R. Degkwitz. Univ.-Kinderkl. München. (M. m. W., 1924, Nr. 22, S. 705.) Aus größtenteils in Amerika an 10000 Schulkindern gemachten Beobachtungen kann man schließen, daß man in der Schickschen Methode (Intrakutanimpfung mit Diphtherietoxin) ein sehr brauchbares Mittel hat, um die Empfänglichkeit für Diphtherie festzustellen. Eine negative Schickreaktion zeigt praktisch eine absolute Immunität gegen Diphtherie an, Diphtheriefälle kommen fast nur bei schick-positiven Kindern vor, bei schick-negativen in Abortivformen. Mit Behringschem Impfstoff immunisierte Kinder bleiben zu 90% 6—7 Jahre schick-negativ und diphtheriegefeit. Die Diphtherieempfänglichkeit (gemessen an der Schickschen Methode) ist bis zum 3. Lebensjahre 3—4mal größer als im Schulalter. Dem entspricht, daß auf jenes Alter die dreifache Anzahl von Diphtheriefällen trifft. Die Mortalität ist 3—8mal so groß. Wenn man Kinder für die ersten kritischen 6 Jahre diphtherieimmun macht, so schützt man sie nicht nur für die gefährlichste Zeit, sondern bahnt noch für die Schuljahre die leichtere Selbstimmunisierung durch „unterschwellige" Reaktionen auf eindringende Diphtheriebazillen, dank Rückhalt eines soliden Antitoxintiters oder erleichterter Fähigkeit, Antitoxin zu bilden, an. Verf. schlägt vor, mit Hilfe der Fürsorgebehörden und der Schulen in größerem Umfange Schutzimpfungen vorzunehmen. Zwei solche sollen durch 8—10 Tage getrennt geschehen. Ein ernstlicher Schaden kann dadurch nicht erzeugt werden. Gegenanzeige ist nur das Bestehen von Fieberzuständen. Nach 5 bis 6 Monaten wird nach Schick der Erfolg geprüft. Kleinkinder kann man ohne vorausgeschickte Schickmethode impfen, da sie fast alle diphtherieempfänglich sind. Da die Antitoxinbildung erst nach einem halben Jahr den Gipfel erreicht, muß man in Diphtherie-

Digitized by Google

epidemien zuerst mit dem raschwirkenden Heilserum vorübergehend immunisieren, um dann durch Antitoxinimpfung später Dauererfolg zu erstreben.

A. v. Notthafft-München.

Die intrakutane Diphtherietoxinreaktion nach Schick, von H. Opitz, Univ.-Kinderkl. Berlin. (Kl. W., 1924, Nr. 46, S. 2081.) Die Schicksche Diphtherieantitoxinprobe wird intrakutan mit einer genauen Dosierung von $^1/_{50}$ der Dosis letalis minima vorgenommen, d. h. $^1/_{50}$ jener Menge, die geeignet ist, ein Meerschweinchen von 250 g in 4—5 Tagen zu töten. Es ist die Reaktion charakterisiert durch eine meist nach 48 Stunden auftretende Rötung und Infiltration, die innerhalb von 1—2 Wochen wieder abklingen. Die Reaktion hat im allgemeinen einen Durchmesser von 10—30 mm und manchmal darüber, schwieriger ist die zahlenmäßige Begrenzung nach unten wegen der Trennung von unspezifischen Reaktionen, die aber durch eine Reihe bekannter Charakteristika getrennt werden können. Schwerer ist die Scheidung von den sogenannten paradoxen Reaktionen oder Pseudoreaktionen, zu deren Vermeidung es notwendig ist, möglichst toxische Diphtheriebouillonlösungen zu verwenden, die zur Benutzung von $^1/_{50}$ Dosis letalis minima erheblich verdünnt werden müssen; denn je stärker die Bouillonverdünnung ist, um so leichter kann man paradoxe Reaktionen ausschalten. Außerdem empfiehlt es sich, nebeneinander unerhitzte und erhitzte Toxinverdünnungen zu injizieren, da man dann nur bei gleichem Ausfall beider Reaktionen Schutzstoffe im Serum annehmen darf, während bei geringem oder negativem Ausfall der Injektion mit erhitztem Impfstoff das Fehlen von Antitoxin anzunehmen ist. Wichtig ist es, sicher intrakutan zu injizieren, da z. B. bei subkutaner Injektion die Probe negativ ausfallen kann. Ferner müssen die Verdünnungen jedesmal frisch hergestellt werden, da bei längerem Stehen eine Giftabschwächung eintritt und die Probe falsch ausfallen kann. Der praktische Wert der Probe liegt darin, daß ein positiver Ausfall nur bei antitoxinfreien Individuen zu erzielen ist, während die Probe, je schwächer sie ausfällt, um so mehr Schutzstoffe im Blute anzeigt. Dadurch erhalten wir einen Einblick, ob diejenige Menge Antitoxin vorhanden ist, die eine Erkrankung verhindern kann. Uncharakteristisch sind die Ausfälle der Reaktion nur bei den meisten Säuglingen und bei hochtoxischen Erkrankungen. Ausgiebige Statistiken auf Grund der Schickschen Probe haben gezeigt, daß bei Säuglingen durch Übertragung von der Mutter in 84% Antitoxin vorhanden ist, im 2. bis 3. Jahre nur 28%, im 7. 38%, um dann bis zum 10. bis auf 55—60% und bis zum 17. auf 84% zu steigen und sich auf dieser Höhe auch bei Erwachsenen zu halten. Familienprüfungen zeigten meist ein gleichsinniges Verhalten von Geschwistern, ebenso von Mutter und Säugling. Von Hirschfeld wird neuerdings angenommen, daß die Immunität konstitutionell bedingt sei. Als hauptsächliche praktische Folgerung ergibt sich aus den Untersuchungen, daß man Personen, die auf die Injektion des Diphtherietoxins positiv reagieren, vor einer Infektion schützen muß entweder durch Isolierung und geeignete Überwachung oder durch passive und aktive Immunisierung.

E. Langer-Berlin.

Über experimentell erzeugte Wunddiphtherie, von K. Pesch-Köln. (Zbl. f. Bakt., 1924, Bd. 93, H. 1/4, S. 261.) Verf. unterscheidet 6 verschiedene Gruppen von Korynebakterien: 1. echte virulente Löfflersche Diphtheriebazillen, 1a. echte avirulente Löfflersche Diphtheriebazillen, 2. Pseudo-Diphtheriebazillen (Hofmann-Wellenhof), 3. Saprophytisch-diphtheroide Bazillen (z. B. Paradyphtheriebazillen Lubinski u. a.), 4. Xerose-Bazillen, 5. Farbstoffbildner, 6. atypische Formen. Auf aseptisch gesetzten, nicht infizierten Wunden ließen sich stets Staphylokokken, meist auch Korynebakterien der Gruppen 1, 3, 4 und 6 nachweisen. Die echten Löfflerschen Diphtheriebazillen waren avirulent. In Wunden, die mit echten Diphtheriebazillen infiziert waren, ließen sich vereinzelt auch andere Korynebakterien nachweisen. Umwandlung der einen Form in eine andere kommt nicht in Frage, da der gleiche Befund auch bei nichtinfizierten Wunden erhoben werden konnte. Überhaupt wurden Übergangsformen, Verlust einzelner Eigenschaften (Vergärung z. B.) und morphologische Degenerationserscheinungen nie beobachtet. Avirulente Bazillen konnten selbst nach dreimaliger Wundpassage nie in virulente umgewandelt werden. Virulente Keime erlitten auf Wunden von mit Heilserum geschützten Meerschweinchen niemals einen Virulenzverlust. Die Wundheilung war unabhängig von der Art der Keime. Sie verlief stets gleichmäßig. Membranbildung wurde regelmäßig durch Mischinfektion avirulenter echter Diphtheriebazillen mit hämolytischen Streptokokken, unregelmäßig durch Infektion mit avirulenten echten Diphtheriebazillen oder Lubinskischen Bakterien allein, niemals durch Infektion mit echten virulenten Diphtheriebazillen oder Pseudo-Diphtheriebazillen erzielt. F. Harry-Wiesbaden.

Digitized by Google

Hautdiphtherie im frühen Kindesalter, von Götze-Reichenbach. (M. m. W., 1924, Nr. 32, S. 1117.) Fall von multipler Hautdiphtherie, die nach wochenlangem Bestande plötzlich auf die Nasenschleimhaut übergriff und zum Tode führte.
A. v. Notthafft-München.

Ekzem, Rosazea.

Hereditäre syphilitische Belastung und Ekzem (Hérédité syphilitique et eczéma), von H. Duval. (Presse méd., 1924, Nr. 74, S. 752.) Zur Entstehung eines Ekzems gehört eine gewisse noch durchaus nicht genau erkannte Disposition des Körpers. Es kann sich um Störungen der Säfte, der endokrinen Drüsen, der Unterleibsorgane handeln und in manchen Fällen erst um eine durch Syphilis in der Aszendenz bedingten Labilität. Jedenfalls werden viele Ekzemfälle durch eine ganz gelinde antisyphilitische Behandlung sehr günstig beeinflußt. A. Philippi-Bad Salzschlirf.

Die Bedeutung der Ätiologie für die Behandlung des Ekzems, von A. Memmesheimer, Hautkl. Städt. Krankenanst. Essen. (Ther. d. Gegenw., 1924, Jg. 65, H. 7, S. 313.) Der Mißerfolg der Ekzembehandlung beruht gewöhnlich darauf, daß die Ursache zu wenig berücksichtigt wird. Es gibt äußere Schädigungen, eine sogenannte Idiosynkrasie gegen bestimmte Substanzen — auch innere Ursachen, welche in der Pathogenese eine Rolle spielen und eine anaphylaktoide Überempfindlichkeit hervorrufen — Nahrungsmittel, Medikamente usw. Wenn man also die Ursache des Ekzems erkannt hat, wird die Heilung um so leichter sein. Man kann die auf bestimmte Reize eingestellte Haut (Sensibilisierung) auch an diese Reize gewöhnen, durch Steigerung anfänglich geringer Dosen (Desensibilisierung). Eine systematisch durchgeführte Anamnese fördert das Verständnis der Krankheit und unsere Kenntnisse über Sensibilisierung und Desensibilisierung und wird für die Behandlung wichtige Hinweise geben.
W. Chrzelitzer-Waldenburg.

Pityriasis rosea im frühen Kindesalter, von J. Breuer-Frankfurt a. M. (D. m. W., 1924, Nr. 42, S. 1447.) Mitteilung eines typischen Falles von Pityriasis rosea bei einem noch nicht 1 Jahr alten Kind. Der Erreger ist wahrscheinlich durch neue, ungewaschene Wäsche übertragen worden. F. Harry-Wiesbaden.

Zur Ätiologie der Pityriasis rosea, ven Görl und Voigt-Nürnberg. (M. m. W., 1924, Nr. 18, S. 599.) In den Hautschuppen von zwei Kranken fand sich der Staphylococcus pyogenes albus. Verff. halten ihn für den Erreger.
A. v. Notthafft-München.

Psoriasis.

Die Behandlung der Psoriasis (The Treatment of Psoriasis), von R. Cranston Low-Edinburg. (Lancet, 1924, Bd. 207, Nr. 5268, S. 334.) Äußere Behandlung: Bei ganz frischen Fällen Bettruhe, täglich ein warmes Bad, reine Vaseline oder milde Paraffinsalbe, Abwaschen der Schuppen mit milder Seife und Wasser. Später Übergang zu Badzusätzen von Kal. sulfur.; 1—2%igen Sulf. praecip. + Acid.-salicyl.-Salbe; schließlich Aufpinseln reinen Kohlenteers, zunächst auf eine kleine Stelle, um zu sehen, ob er vertragen wird. Ist das der Fall, so wendet man ihn regionsweise so an, daß jeder Fleck 1 Tag lang Teer erhält und 4 Tage lang die 2%ige Salizylschwefelsalbe. Allmählicher Übergang zu täglicher Teerpinselung, wenn die Flecke abblassen. Bei älteren Fällen schnelleres Vorgehen nur mit der Salben- und Teerbehandlung. Chrysarobin bei stationären Fällen, ambulant zu vermeiden. Nachbehandlung wieder mit Teer. Bisweilen sind Röntgenstrahlen vorteilhaft; zweimal in 14tägigem Abstand mit gewöhnlicher, gasgefüllter Röhre, Dosen von ½ Sabouraud-Tablette, 15 cm HFD, 7—8 Minuten Besonders gute Wirkung bei Befallensein der Handteller, Fußsohlen und des behaarten Kopfes (unter der Epilationsdosis bleiben!), gewöhnliche Lokalbehandlung gleichzeitig fortführen. — Innere Behandlung: ziemlich mäßige Erfolge. Fowlersche Lösung bei stationären Fällen; bisweilen Besserung auch unter den neueren Arsenikalien, Alkalien, wie Kal. citr. + Magn. carb. oder unter Diätänderungen (Fortlassung von Zucker, Fett, sauren Früchten usw.) In Fällen von Versagen aller dieser Maßnahmen Versuch mit unspezifischer Proteinkörpertherapie, für die besonders die intramuskuläre Injektion von Milch in steigenden Dosen (2,5—10 ccm) empfohlen wird. Bei jeder Psoriasiskur ist Alkohol in jeglicher Form strengstens verboten. E. Sklarz-Berlin

Bekanntes und Unbekanntes über Psoriasis (The Known and the Unknown About Psoriasis), von J. F. Schamberg-Philadelphia. (J. Am. m. Ass., 1924, Bd. 83, Nr. 16, S. 1211.) 592 eigene Beobachtungen. Auf die beiden Geschlechter waren die

Digitized by Google

Fälle ungefähr gleichmäßig verteilt. In 30 Fällen waren Vater neben Mutter und Kindern gleichzeitig betroffen, bei 32 Patienten 2 Geschwister gleichzeitig erkrankt, also sehr geringe Prozentsätze. Bei Besprechung der verschiedenen Faktoren, die ätiologisch für die Psoriasis verantwortlich gemacht wurden, kommt Sch., der selber zahlreiche dahingehende Versuche gemacht hat, zu dem Resultat, daß wir die Lösung dieses Problems der Zukunft überlassen müssen. Im Verlauf der Psoriasis werden zwei Phasen unterschieden, eine des Zunehmens und der aktiven Evolution und eine zweite der Involution bzw. der Ruhe. Diese Zustände wären durch die Therapie so zu beeinflussen, daß die Therapie die Krankheit immer in das inaktive Stadium bringt bzw. dort hält. Neben Kuren mit Röntgenstrahlen, Chrysarobin und Autoserum soll das auch mit Eiweißdiät erreicht werden. F. M. Peter-Hamburg.

Versuche mit Wismutbehandlung der Psoriasis (Tentativi di bismuto-terapia nella psoriasi), von A. Versari, Derm. Univ.-Kl. Neapel. (Riforma med., 1924, Nr. 24.) Verf. wurde durch die immer wiederkehrenden Annahmen und Experimente, die Psoriasis als eine parasitäre Erkrankung zu erklären, veranlaßt, therapeutische Versuche mit Wismutinjektionen anzustellen. Zwei ausschließlich derart behandelte Fälle wurden schnell geheilt. In der Literatur fand der Verf. nur einmal Angaben über Behandlung von Psoriasis mit Wismut. Truffi (Giorn. ital. delle mal. vener., 1924, Bd. 2) machte entgegengesetzte Beobachtungen. In Zukunft soll über weitere Resultate, über die Dosierung und über die Möglichkeit von Rezidiven berichtet werden.

F. J. Baar-Bad Kreuznach.

Über die Therapie der Psoriasis, von L. Kumer, Univ.-Kl. f. Derm. u. Syph. Wien. (W. kl. W., 1924, Nr. 36, S. 870.) Die Arbeit bringt eine Zusammenstellung der verschiedenen äußeren und inneren Heilmittel, die gegen Psoriasis angewendet wurden und werden, bietet jedoch für den Dermatologen nichts Neues. F. M. Peter-Hamburg.

Erythrodermien, Dermatitis exfoliativa, Pityriasis rubra usw.

Behandlung der Erythrodermie (Leiner) durch intravenöse Blutinfusionen, von E. Schiff und W. Bayer, Univ.-Kinderkl. Berlin. (Mschr. f. Kinderhlk., 1924, Bd. 29, H. 1, S. 1.) Bei zwei Säuglingen mit schwerer Erythrodermie (Leiner) führten intrasinuöse Infusionen von Zitratblut (50 bzw. 60 ccm) zu auffallender Besserung des Appetits, der Stuhlbeschaffenheit und zu rascher Heilung. R. Ley-Kreuznach.

Keratosen.

Flüchtiges retikuläres Erythem bei abortiver Ichthyosis (Érythème réticulé passager dans l'ichtyose fruste), von L. M. Bonnet. (Lyon méd., 1924, Bd. 144, Nr. 45, S. 607—609.) Verf. hat vor 4 Jahren einen Fall beobachtet, der vollkommen den später von Herxheimer als Dermatitis reticularis beschriebenen entsprach. Über einen großen Teil der Haut verbreitetes Netzwerk von 1—2 mm breiten roten, leicht hervorspringenden Linien, in deren Maschenwerk die Haut völlig unverändert ist. An der Vorderfläche der Beine sehr gering ausgeprägte Ichthyosis, in deren Bezirk die Affektion den gleichen Charakter wie an den übrigen Stellen trägt, nur findet sich innerhalb der roten Linien eine Abschuppung. Die Affektion war nach Einreiben einer Schwefelsalbe aufgetreten und nach Kleiebädern geschwunden. Es handelt sich um eine Reizung der durch die Ichthyosis Fissuren aufweisenden Haut, so daß man in derartigen Fällen auf Ichthyosis fahnden muß und dann gewöhnlich erfahren wird, daß Schwefel angewendet worden ist. Es wird dann eine schnelle Heilung durch einfache erweichende Mittel zu erzielen sein.

E. Levin-Berlin.

Zur Frage der Ichthyosis hystrix, von Sokolow. (Wratschebnoje Delo, 1924, Nr. 18—19.) Bei der Seltenheit der Autopsien von Ichthyosisfällen verdient das Sektionsprotokoll eines Falles von Ichthyosis hystrix bei einem 9jähr. Knaben Interesse: Tuberkulose der Lunge, der Drüsen wie auch Tuberkel in der Gehirnhaut, der Milz, der Leber und der Nieren. Histologische Untersuchung der Haut gab das gewöhnliche Bild der Ichthyosis hystrix. A. Jordan-Moskau.

Follikulitis, Furunkel, Akne.

Erfahrungen aus der Praxis mit dem Wassermannschen Histoplast bei Furunkulose, von Oberndorfer-Asch. (M. m. W., 1924, Nr. 23, S. 767.) Sehr gute Erfolge.

A. v. Notthafft-München.

Digitized by Google

Die hämorrhagische Behandlung des Furunkels, von F. Kuhn, St. Norbert-Krankenh. Berlin-Schöneberg. (M. m. W., 1924, Nr. 41, S. 1432.) Hervorragende Erfolge bei Furunkeln, welche stundenlang einer äußerst kräftigen Saugung unterworfen werden, die zur Blutung in das Gewebe führt. A. v. Notthafft-München.

Über abriegelnde Eigenblutinfiltration mit nachfolgender Inzision zur Behandlung fortschreitender pyogener Prozesse im Gesicht und Nacken, von A. Läwen, Univ.-Kl. Marburg a. L. (Zbl. f. Chir., 1924, Nr. 38, S. 2076.) Verf. verwahrt sich energisch dagegen, daß die von ihm angegebene Methode neuerdings mit allen möglichen anderen Verfahren zusammengeworfen wird, mit denen sie nichts gemein hat. Einspritzungen von Eigenblut und Eigenserum zur Bekämpfung infektiöser Prozesse wurden zwar verschiedentlich angegeben; stets aber werden nur wenige Kubikzentimeter injiziert, eine Abriegelung erfolgt niemals. Dazu sind viel größere Mengen notwendig (100—200 ccm), damit auch wirklich eine lückenlose, prall gespannte Umwallung vorhanden ist. Die Einspritzung hat in die gesunde Umgebung zu erfolgen, nicht in das infiltrierte Gebiet. Dann erst erfolgt Inzision, und zwar keine Stichinzision, sondern ausgedehnte Spaltung des ganzen infiltrierten Bezirks. F. Landauer-Berlin.

Zur Frage der Eigenblutinfiltration, von A. Schlesinger-Berlin. (Zbl. f. Chir., 1924, Nr. 47, S. 2583.) In der Behandlung der Gesichtsfurunkel, bei der unsere bisherige Therapie nur unbefriedigende Ergebnisse zeitigte, hat die Infiltration mit Eigenblut sicher ihre Berechtigung. Anders steht es mit dem Nackenkarbunkel, wo die Operation auch heute noch die Methode der Wahl sein sollte. Es kommt nur darauf an, auch wirklich radikal zu operieren, d. h. das nekrotische Gewebe nicht nur nach der Breite, sondern auch nach der Tiefe zu ausgiebig zu exstirpieren. Beim Nackenkarbunkel wird sich die Forderung Läwens nach Umspritzung und Unterspritzung des kranken Bezirks im Gesunden bei der meist großen Ausdehnung der Infiltration nicht immer erfüllen lassen. F. Landauer-Berlin.

Zur Behandlung von Gesichtsfurunkeln und Nackenkarbunkeln, von F. Berndt, Chir. Abt. Städt. Krkhs. Stralsund. (Zbl. f. Chir., 1924, Nr. 49, S. 2686.) Zur Behandlung der Gesichtsfurunkel empfiehlt Verf. Röntgenbestrahlung, die sich bei ihm in vier Fällen bewährt hat, wenn auch unter diesen drei waren, bei denen nachträglich noch ein kleiner Abszeß gespalten werden mußte. Bei den Nackenkarbunkeln wird grundsätzlich sofort operiert, und zwar werden Gitterschnitte über den ganzen Entzündungsherd hinweg gemacht und danach der Grund des Karbunkels im Gesunden exzidiert. Alle Um- und Einspritzungen werden vermieden. F. Landauer-Berlin.

Erysipel, Phlegmone usw.

Die Behandlung des Erysipels mit Methylenblau, von Russo. (Wratschebnoje Delo, 1924, Nr. 18—19, S. 970.) Empfehlung einer 5%igen wässerigen Methylenblaulösung zu zweimal täglicher Aufpinselung auf den Krankheitsherd.
A. Jordan-Moskau.

Das Erysipeloid, von E. v. Redwitz-München. (M. m. W., 1924, Nr. 14, S. 438.) Der Aufsatz bespricht vor allem das Verhältnis zwischen Schweinerotlauf und menschlichem Erysipeloid. Die Anschauung, daß beide Krankheiten durch denselben Erreger erzeugt werden, wird dadurch gestützt, daß Schweinerotlaufserum auch bei Erysipeloid hilft. A. v. Notthafft-München.

Das Erysipeloid, von R. Rupprecht-Nesselbach. (M. m. W., 1924, Nr. 18, S. 590.) Angeregt durch die Veröffentlichung von v. Redwitz berichtet Rupprecht, daß das Erysipeloid in Niederbayern sehr häufig sei. Der Zusammenhang mit Beschäftigung mit Schweinen ist fast immer zu führen. Charakteristisch ist die bläuliche Farbe und der schlaffe Charakter der Schwellung. Inkubation 10—14 Tage. Behandlung mit Sublimatdunstumschlägen (0,5 : 100 Wasser oder Spiritus) erfolgreich.
A. v. Notthafft-München.

Zur Therapie des Erysipeloids, von H. Mühlpfordt-Allenstein. (M. m. W., 1924, Nr. 20, S. 649.) Empfehlung der Höhensonnenbestrahlung. Es soll zu erheblichem Lichterythem kommen und jede kranke Stelle bestrahlt werden.
A. v. Notthafft-München.

Das Erysipeloid, von E. v. Redwitz-München. (M. m. W., 1924, Nr. 25, S. 837.) Die in den Handel kommenden Schweinerotlaufsera sind keimfrei. Sublimat ist unzuverlässig und reizt gelegentlich. Höhensonne kann in chronischen Fällen zur Unterstützung herangezogen werden. A. v. Notthafft-München.

Digitized by Google

Die Behandlung des Erysipeloids und des Erysipels mit Ichthyolkollodium, von Ad. Richarz-Bonn. (M. m. W., 1924, Nr. 26, S. 867.) Erfolge gut.
A. v. Notthafft-München.

Zur Behandlung des Fingererysipels (Erysipeloids), von F. Franke-Braunschweig. (M. m. W., 1924, Nr. 32, S. 1094.) Empfehlung einer 5%igen Naphthol-, 20%igen Schwefel-, 2%igen Salizylpaste. In leichten Fällen kann das Naphthol ausgelassen werden.
A. v. Notthafft-München.

Zur Behandlung des Erysipels, von R. Löwenstein-Steele-Ruhr. (M. m. W., 1924, Nr. 34, S. 1187.) Empfehlung von Einpinselungen mit 16%iger $AgNO_3$-Lösung. Schwere Fälle hat Löwenstein allerdings nicht vor sich gehabt.
A. v. Notthafft-München.

Zur Behandlung des Schweinerotlaufs (Erysipeloid) beim Menschen, von A. Sack-Heidelberg. (M. m. W., 1924, Nr. 35, S. 1225.) Heilung eines Falles nach Röntgenbestrahlung ($^1/_3$ Erythemdosis) und Umschlägen mit 8%igem Liquor aluminii subacetici.
A. v. Notthafft-München.

Experimentelle Beiträge zur Milzbrandinfektion, von R. Adelheim u. A. Kaktin, Path. Inst. Univ. Riga. (Kl. W., 1924, Nr. 38, S. 1721.) Die Milzbrandinfektion am Menschen und die experimentelle am Tier (Meerschweinchen, Kaninchen) zeigt, daß am häufigsten und leichtesten die Infektion von der Haut aus erfolgt. Dagegen konnten die Verff. durch einwandfrei ausgeführte tierexperimentelle Untersuchungen zeigen, daß auch ohne Vermittlung der Haut unter sorgfältiger Ausschaltung dieser bei direkter Beimpfung der Hirnhäute mit dem infektiösen Material hier eine Infektion möglich ist. Es ist nach ihren Versuchen anzunehmen, daß jede Milzbrandinfektion auch eine Meningitis anthracica zur Folge hat, daß diese jedoch durch die schweren Allgemeinsymptome im Verlaufe der stürmischen Erkrankung verdeckt wird. Vakzinationsversuche Besredkas und seiner Schule haben weiterhin zeigen können, daß die Immunität bei der experimentellen Milzbrandimpfung eine rein lokale Hautimmunität ist. Nach ihren Untersuchungen verhalten sich die übrigen Organe gegen die Milzbrandinfektion refraktär, so daß der Satz aufgestellt werden konnte, „die durch Vakzination erworbene Immunität setzt sich zusammen aus der Immunität der Haut und der natürlichen Resistenz aller übrigen Organe". Jedoch scheinen die Versuche der Verff. bewiesen zu haben, daß bezüglich des Gehirns diese Behauptung einer Einschränkung bedarf, wenn auch sie die Haut als das vornehmste Organ für die Milzbrandinfektion anerkennen.
E. Langer-Berlin.

Übertragung von Milzbrandinfektion durch einen infizierten neuen Rasierpinsel (Miltbrandinfektion foraarsaget af inficerede nye Barberkoste), von O. Thomsen u. V. Jensen. (Hospitalstidende, 1924, Nr. 42, S. 672.) Am 24. September 1924 starb in Kopenhagen im Rigshospital der Professor der gerichtlichen Medizin V. Ellermann an Milzbrand. Die nachträglich ergänzten Nachforschungen ergaben folgendes: Am Sonntag, dem 14. Sept., benutzte E. in seiner Landwohnung einen neuen Rasierpinsel. Derselbe blieb bei dem am selben Tage erfolgten Umzug in die Stadt zurück. Am 17. oder 18. Sept. wurde ein kleines Bläschen an der linken Wange bemerkt, während vorher die Gesichtshaut nachweislich völlig intakt war. Am 20. Aufnahme ins Krankenhaus wegen stärkeren Ödems und stärkerer Allgemeinstörung. Am 23. kultureller Nachweis von Milzbrand im Sekret der Inzisionswunden. Exitus trotz Seruminjektion. Am verdächtigen Rasierpinsel wurden einwandfrei Milzbrandsporen nachgewiesen. — Analoge Fälle sind schon einige, zuerst in England 1915, beobachtet. Es handelte sich dabei stets um Pinsel, die aus Pferdehaaren oder Eselshaaren, meist chinesischen oder japanischen Ursprungs, hergestellt waren. Dachshaare und Schweinsborsten scheinen unverdächtig zu sein. Der Vorsicht halber empfehlen Verff., neue Pinsel erst mit Seife und Soda in lauwarmem Wasser zu waschen und dann in Formollösung (etwa 30,0 : 250,0) auf 40—50° C erwärmt zwei Stunden zu halten; alsdann kräftig abspülen, vorzugsweise in fließendem Wasser.
A. Philippi-Bad Salzschlirf.

Tropische Krankheiten.

Über Leishmaniosis infantum et canina in Riga, von R. Adelheim, Pasteur-Inst. Riga. (Arch. f. Schiffs- u. Tropenhyg., 1924, Bd. 28, Nr. 9, S. 367.) Verf. beschreibt einen Fall von Leishmaniosis bei einem 5jährigen Mädchen, das vor drei Monaten aus Taschkent (Russisch-Zentralasien) mit seiner Familie in Riga ange-

Digitized by Google

kommen war. Die Diagnose wurde durch den Nachweis zahlreicher Parasiten im Milzpunktat gestellt. Nach intravenöser Behandlung mit Tartarus stibiatus bzw. Stibinol trat Heilung ein. Bemerkenswert ist, daß der in der Familie befindliche Hund ebenfalls an schwerer Leishmaniosis litt. Bei der Sektion des Tieres fanden sich in der stark vergrößerten Milz und Leber massenhaft Parasiten. Mit großer Wahrscheinlichkeit ist hier eine Übertragung vom Hund auf den Menschen anzunehmen, was auch von anderen Autoren bereits beobachtet worden ist. Ob dabei Zwischenwirte eine Rolle spielen, ist bisher eine offene Frage. Verf. gelang es, die Hundeleishmaniosis subkutan mittels Milzbrei auf weiße Mäuse zu übertragen. In den positiven Fällen konnte es auch zur spontanen Ausheilung kommen (negativer Parasitenbefund in typisch veränderter Milz). Sonst führte die Krankheit bei weißen Mäusen gewöhnlich in 6 Monaten zum Tode. Bei engem Zusammenleben konnten sich gesunde Mäuse von infizierten anstecken, während Tiere benachbarter Käfige frei blieben, was eher für eine direkte Übertragung (wahrscheinlich stomachale Infektion) spricht, während bei der Annahme, daß Flöhe usw. Überträger der Krankheitskeime sind, auch eine Ansteckung dieser Tiere möglich gewesen wäre. Was die Inkubationszeit der Leishmaniosis betrifft, so beträgt sie nach Untersuchungen anderer Autoren nur wenige Tage. Zum Schluß nimmt Verf. noch kurz zu den anderen Leishmaniosen Stellung. B. Peiser-Berlin.

Ein Fall von Madurafuß (A Case of Mycetoma), von L. G. Audrain-Mexiko. (J. Am. m. Ass., 1924, Bd. 83, Nr. 15, S. 1165.) Erfolgreiche Behandlung mit alternierenden, intravenösen Injektionen von Neoarsphenamin- und Mercurochrom-220. R. Ley-Kreuznach.

Belichtungs- und Ernährungsstörungen.

Pellagra, von N. M. Owensby-Atlanta, Ga. (Med. J. and Record, 1924, Bd. 120, Nr. 8, S. 377—379.) Die an 28 Fällen innerhalb 5 Jahren gesammelten Erfahrungen berechtigen dazu, die Theorie für richtig zu halten, die die Ursache der Pellagra in einem Vitaminmangel der Nahrung erblickt; und zwar scheint es sich um eine mangelhafte Ergänzung des antineuritischen Vitamins B zu handeln, wozu noch das Fehlen des antiskorbutischen Vitamins C fördernd hinzukommt.

E. Levin-Berlin.

Endokrine Störungen.

Beziehungen der endokrinen Drüsen zur Haut, von L. Pulvermacher-Berlin. (Kl. W., 1924, Nr. 40, S. 1793, und Nr. 41, S. 1841.) Verf. gibt in den zwei Arbeiten eine im Telegrammstil gehaltene Übersicht über das Gesamtgebiet der Beziehungen des endokrinen Systems zur Haut. Es ist eine solche Fülle an Tatsachen, Hypothesen und neuen Anregungen darin enthalten, daß eine genügende Würdigung der Aufsätze innerhalb eines kurzen Referats sich nicht ermöglichen läßt. Jeder, der mit dem vorliegenden Gebiet sich beschäftigen will, wird gern diesen Aufsatz, der gewissermaßen ein Kompendium unserer Kenntnisse über die endokrinen Einflüsse auf die Haut darstellt, zu Rate ziehen. E. Langer-Berlin.

Über die Beziehungen von Hautveränderungen zu den Störungen der endokrinen Drüsen, von O. Gans-Heidelberg. (Zbl. f. Haut- u. Geschlechtskrkht., 1924, Bd. 12, H. 1/2, S. 1.) Übersichtsreferat.

Über die Beziehungen der Menstruation zur Haut, von A. Hirschberg-Berlin. (Zbl. f. Gyn., 1924, Nr. 36, S. 1966.) 35jährige Kranke mit normalm Genitalbefund. Jedesmal 8—10 Tage vor Eintritt der Menstruation erscheinen an beiden Oberschenkeln reichlich handtellergroße, dunkelblaue, nicht druckempfindliche Sugillationen, die sich nach dem Einsetzen der Genitalblutung spontan zurückbilden („komplementäre Blutung"). Vermutlich handelt es sich hier um eine durch den Menstruationsreiz hervorgerufene, erhöhte Durchlässigkeit der Gefäßwandung, bei der vielleicht auch die innersekretorischen Drüsen eine Rolle spielen.

F. Landauer-Berlin.

Pigment.

Über die Genese des menschlischen Oberhautpigments, von C. Moncorps, Univ.-Hautkl. München. (M. m. W., 1924, Nr. 30, S. 1019.) Das Pigment entsteht vornehmlich in den Basalzellen und den Zellen des Stratum granulosum, wahrscheinlich aus Tyrosinabbauprodukten, wobei die Zelle das nötige Brenzkatechinderivat

Digitized by Google

selbst bildet. Die Pigmentzellen der Kutis, besonders die tiefer liegenden, haben wahrscheinlich melanoblastische Fähigkeiten bei der vitalen Pigmentierung. Starke künstliche Erhöhung der Pigmentierung beeinflußt den Gesamtstoffwechsel und den Tonus des vegetativen Nervensystems sehr stark. A. v. Notthafft-München.

Über das Spitzenpigment der Kinder und andere Pigmentierungen, von E. Thomas u. E. Delhougne, Univ.-Kinderkl. Köln. (D. m. W., 1924, Nr. 43, S. 1479.) Die von Thomas beschriebene physiologische Pigmentierung der Rückseite der Finger-, weniger der Zehenendglieder, war histologisch schon bei einem 6 Monate alten Fötus nachweisbar. Beim Neugeborenen ist sie durch die rote Farbe verdeckt, wird um die Mitte des ersten Jahres deutlicher und steigt in ihrer Intensität bis zum 3. und 4. Jahre. Nach dem 6. Lebensjahre wird sie geringer, hält sich öfter andeutungsweise bis ins Erwachsenenalter. Das Pigment ist am stärksten bei Kindern mit dunkler Haar- und Irisfarbe ausgebildet. Am Ende des Winters ist es häufiger als am Ende des Sommers zu beobachten. Eine weitere physiologische Pigmentierung ist der häufig vorkommende Pigmentstreifen über der Linea alba. Das Spitzenpigment steht in Beziehung zu pigmentvermehrenden Prozessen, über die wir nichts Näheres wissen. Von pigmentverringernden Einflüssen (Anämie) ist es unabhängig. Beachtung verdienen noch die beim Kind häufig vorkommenden Pigmentverschiebungen. Oft ist die Bauchhaut oder nur die Inguinalgegend stärker pigmentiert als die Brusthaut. Diese Arten von Pigmentveränderung stehen in Beziehung zur Tuberkulose, chron. Ruhr und anderen noch unbekannten Zuständen.

F. Harry-Wiesbaden.

Benigne Neubildungen und Mißbildungen.

Über die Ursachen der Muttermäler, von Meirowsky-Köln. (M. m. W., 1924, Nr. 35, S. 1200.) Meirowsky legt zur Stütze der von Siemens angegriffenen Lehre, daß die Anlage zu Muttermälern vererbt sei, an die Siemensschen Gedankengänge die Sonde der Kritik und führt neue Beispiele für das Vorkommen gleicher Muttermäler an gleichen Stellen bei Vorfahren und Nachkommen an. Siemens habe durch Ausschaltung der kleinsten Nävi das Material verkleinert, nicht berücksichtigt, daß bei gleicher Anlage beider eineiiger Zwillinge der zum Zustandekommen der Nävi nötige andere nicht idiotypische Faktor verschieden sein könne, daß das Dogma von der absoluten Übereinstimmung eineiiger Zwillinge nicht haltbar sei, und daß von solchen Zwillingen der eine aus der Anlage für die rechte, der andere aus der Anlage für die linke Körperhälfte gebildet werde, wodurch sich Ungleichheiten zwischen beiden entsprechend den Ungleichheiten zwischen rechts und links beim einzelnen Menschen ergeben müßten. A. v. Notthafft-München.

Tagesgeschichtliche Nachrichten.

Die 30. Jubiläumsversammlung Südwestdeutscher Dermatologen findet am 7. und 8. März in Frankfurt a. M. statt. Vorträge: Herxheimer-Frankfurt a. M., Rückblick; Hoffmann-Bonn, Bedeutung der Entdeckung der Syphilisspirochäte; Bering-Essen, Malariabehandlung im Frühstadium der Syphilis des Zentralnervensystems; Jahnel-München und Sioli-Düsseldorf, Therapie der Paralyse und Tabes; Koch-Frankfurt a. M., erstes Auftreten der Syphilis in Europa.

Ernannt: Prof. G. J. Mestschersky, bisher an der II. Universität, zum Professor an der I. Universität in Moskau an Stelle des freiwillig zurückgetretenen Prof. W. W. Iwanow; Priv.-Doz. Dr. Arthur Jordan zum Professor an der II. Universität in Moskau.

Gestorben: Dr. P. Benedit, emerit. Professor der Urologie in Buenos Aires.

R.

Nachdruck (auch des Abschnittes „Tagesg. Nachr.") ist ohne Genehmigung des Verlegers nicht erlaubt.

Verantwortlich für die Redaktion: für Originalabhandlungen und T. N.: Prof. Dr. J. H. Rille, Leipzig. Für den Referatenteil: Dr. M. Unna, Hamburg-Bergedorf.

Digitized by Google

Dermatologische Wochenschrift

Nr. 11 (Bd. 80) 14. März 1925

Aus der Klinik für Haut- und Geschlechtskrankheiten der kgl. ung. Franz-Joseph-Universität in Szeged.

Über Leucoderma acquisitum centrifugum (Sutton).

Von

Prof. Dr. Franz v. Poor, Vorstand der Klinik.

Mit 2 Abbildungen im Text.

In den letzten Jahren hat sich die Dermatologie durch die modernen Forschungsmethoden außerordentlich vertieft. Auch die schon lange bekannten Krankheitsbilder werden durch die Forschung aus immer neueren Gesichtspunkten erhellt, und auf Grund der neuen Bewertung werden ihre entwicklungsgeschichtlichen, ätiologischen und pathologischen Beziehungen ausgebaut, jedoch wird mit der Verbreitung der Kenntnisse das Auftauchen neuer, bis dahin unbekannter Krankheitsbilder naturgemäß immer seltener. Da ich an meiner Klinik Gelegenheit hatte, ein wenig bekanntes Krankheitsbild zu beobachten, scheint seine Mitteilung gerade seiner Seltenheit halber mir angezeigt. Auf dieses Krankheitsbild wurde die Aufmerksamkeit durch Sutton, Professor der „University of Kansas School of Medicine" in 1916 gelenkt, der ihr den Namen „Leucoderma acquisitum centrifugum" gab. Meines Wissens ist dieses Krankheitsbild in der europäischen Literatur bis jetzt vollkommen unbekannt, und nur von amerikanischen Autoren stammen vier sich mit diesem Krankheitsbilde befassende Mitteilungen. Allerdings erwähnt flüchtig schon 1908 Schein einen gleichen Fall, jedoch ohne Würdigung als Krankheitsbild „sui generis".

Mein Fall ist der folgende:

B. M., 33jähr. Näherin, suchte die Klinik mit Blennorrhoea auf. Bei der Untersuchung fiel es jedoch auf, daß an der Haut der brünetten Kranken von kreolem Typ zahlreiche (mehr als 20) auf dem ganzen Körper unregelmäßig verstreute rotblaudunkelviolette, aus der Umgebung sich scharf abhebende, erbsen- bis kleine haselnußgroße typische Naevi pigmentosi papillomatosi zu finden sind.

Bei diesem ansonsten ziemlich gewöhnlichen und alltäglichen Krankheitsbild fiel jedoch als außergewöhnlich auf, daß eine große Anzahl dieser Nävi von einem im Durchmesser 2—3 cm messenden, glatten, runden, teilweise elliptischem Hof umgeben war, welcher mit seiner weißen Farbe von der umgebenden Haut abstach, sonst aber die Struktur der gesunden Haut aufwies. Der Nävus sitzt zum Berechnen genau in dem Mittelpunkte dieses lichten Hofes (s. Abb. 1). Der Übergang dieser Depigmentation in die Farbe der gesunden Haut ist ein allmählicher, jedoch dermaßen, daß am Rande des depigmentierten Hofes die gesunde Haut eine Schattierung dunkler pigmentiert erscheint als an anderen Stellen der Hautoberfläche, doch ist diese dunklere Pigmentation nicht so ausgesprochen, wie es bei Vitiligo zu sein pflegt. Kleinere Nävi weisen einen depigmentierten Hof von kleinerem

Digitized by Google

Durchmesser auf, ja die kleinsten sind von normaler, in ihrer Färbung unveränderter Haut umgeben; der Hof fehlt. Das ganze Bild weist überzeugend darauf hin, daß der depigmentierte Hof nur dann sich auszubilden anfängt, wenn der Nävus eine gewisse Größe — in unserem Falle die der Erbse — überschritten hat, und daß im Verhältnis zu der Größe des Nävus auch der Durchmesser des depigmentierten Hofes zunimmt. An sonsten gesellen sich keine subjektiven Beschwerden zu diesem Krankheitsbilde, obzwar die Kranke selbst bemerken kann, daß diese Muttermale, ungemein langsam zwar, an Zahl und Größe zunehmen.

Was die Histologie betrifft, weist die den Naevus papillomatosus kennzeichnende Papillomatosenstruktur, Hyperpigmentation nicht nur in den Zellen des Stratum basale, sondern auch in den Zellschichten des Stratum spinosum, die erweiterten Gefäßschlingen in den Hautpapillen, im Chorium streifen- und knaulförmig gelagerte typische Nävuszellen von epitheloidem Charakter auf das unverkennbare Bild der Läsion.

Zur Behandlung der Schnitte, welche aus dem den Nävus umgebenden und uns hier besonders interessierenden Hof stammten, gebrauchten

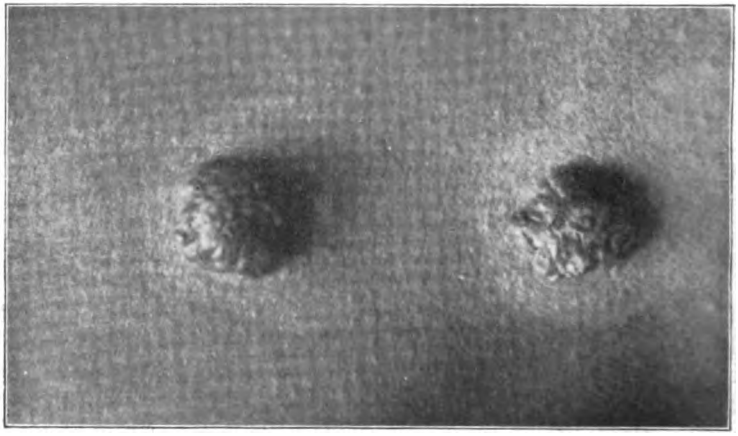


Abb. 1.

wir die Bielschowskysche, ursprünglich zur Nachweisung von Bindegewebsfibrillen dienende, doch von Herxheimer zur Demonstrierung des autochthonen Hautpigmentes besonders empfohlene Silber- und nachträgliche Goldchlorid-Imprägnierungsmethode. Bei der Untersuchung fiel sofort die normale Beschaffenheit der Hautstruktur auf. Schichtung der Epidermis, ihre Zellreihen, das Verhältnis der abwechselnd erscheinenden Epithelleisten und Papillen zueinander, die Kapillarversorgung letzterer zeigten einen ganz normalen Zustand, jedoch war in der Pigmentbildung eine eigenartige Veränderung nachzuweisen. Die Verteilung des Pigments ist keine gleichmäßige. An einigen Stellen war ihr vollständiges Fehlen in der basalen Schicht auf Gebieten, die der Ausbreitung von mehreren Papillen entsprachen, nachweisbar; an anderen Stellen dagegen, in kleineren Gebieten ist das Pigment unverändert und in der gewohnten Menge zugegen (s. Abb. 2).

Digitized by Google

In der Literatur wurde dieses Krankheitsbild zuerst von Sutton (1916) beschrieben als „eine ungewöhnliche Abart des Vitiligo". Er beschrieb zwei Fälle der Depigmentation unter der im Titel angegebenen Bezeichnung. Seiner Beschreibung nach befindet sich im Mittelpunkte des für das Krankheitsbild charakteristischen runden oder ovalen depigmentierten Fleckes eine runde, sich wenig abhebende, braune, kleine, pigmentierte „Makulopapula", welche als „nävusartig" gekennzeichnet wird, ohne daß sie entschieden als Nävus angesprochen würde. Bei der histologischen Untersuchung fand er im Chorium Endothelzellen, welche diese infiltrierten. Stokes erwähnt von der Mayo-Klinik in Rochester (1922) bereits mehrere Fälle, einen von diesen auch in seinen Einzelheiten beschreibend als solchen, welcher um den ausgesprochenen pigmentierten Nävus einen ausgebildeten depigmentierten Hof aufweist. Er bringt auch mehrere photographische Aufnahmen solcher Fälle, doch schreibt er eine

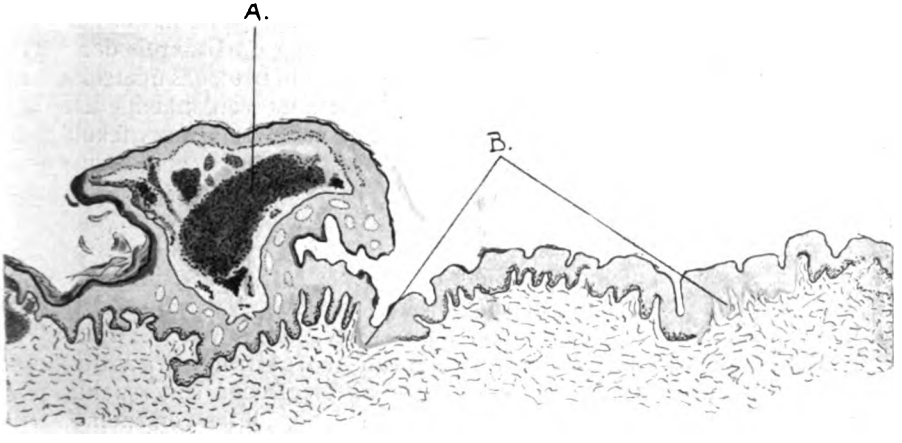


Abb. 2.

A = Naevus papillom. pigment. B = pigmentlose Stellen in der Umgebung des Nävus.

ähnliche Pathogenese solch ähnlichen Depigmentationen zu, welche einerseits einen Psoriasisknoten, andererseits ein Boecksches benignes Sarkoid umgaben. Ähnliches wird auch schon in einer sich an Suttons Fälle anschließenden Diskussion von Shepard erwähnt, welche sich mit einem im Umkreis einer kauterisierten Verruka entstandenen Depigmentation befaßt. Das histologische Bild des von Stokes ausführlich beschriebenen Falles spricht eindeutig für die Nävusnatur des zentralen Gebildes. Ein Fall von Leukodermie, welche sich im Umkreis von Nävi ausgebildet hat, wurde übrigens auch von Klein (1922) ebenfalls aus Amerika beschrieben, in welchem sich die Depigmentation in den letzten zwei Jahren ausgebildet hatte. Ein weiterer Fall, welcher eine 17jähr. Kranke betrifft, wurde 1924 von Crawford veröffentlicht, in welchem — soweit die Kranke sich erinnern kann — die Nävi immer bestanden und, abweichend von den bisherigen Beobachtungen, weder an Zahl noch an Umfang zunahmen.

Digitized by Google

Unseren Fall mit den beschriebenen vergleichend, können wir feststellen, daß er zu jenen Depigmentationen gehört, welche in den bisher sporadisch veröffentlichten Fällen jedesmal in der Umgebung von Nävi beobachtet wurden. Nach unserer Auffassung kommt diesem Krankheitsbilde eine andere Erklärung und Bewertung zu wie den Depigmentationen, die um Psoriasisknoten und anderen Veränderungen sich zu entwickeln pflegen. Einen wesentlichen Unterschied zwischen Leucoderma psoriaticum und meinem Falle glaube ich darin zu finden, daß ich bei Psoriasisherden immer im Anschluß an die Rückbildung der Herde und immer ihren Platz einnehmend die Depigmentation auftreten sah, nicht aber an Hautstellen, welche vorher von jeder zuvor bestehenden Läsion frei gewesen sind. Solche sekundäre Depigmentationen sind auch sonst nicht selten. Sie sind nicht nur bei Psoriasis, sondern z. B. auch nach luetischen Hautveränderungen alltäglich, und ich halte es nicht für statthaft, diese ihr Zustandekommen einem ganz anderen Mechanismus verdankenden Fälle mit dem uns beschäftigenden Krankheitsbild in Zusammenhang zu bringen, bei welchem sich die Veränderung im Umkreis der Nävi auf zuvor unbeschädigter Hautfläche ausbildet. Anderseits ist die seine Entstehung einem anderen Mechanismus verdankende Depigmentation, welche sich an der Stelle von Psoriasisherden entwickelt hat (und welche sich nach irritierenden lokalen Behandlungen sozusagen gesetzmäßig einstellt), von einer viel ausgesprocheneren, intensiver dunkleren Hyperpigmentation umgeben, als dies unser Fall aufweist.

Stokes erwähnt, daß in seinem Falle unter den zentralen Nävi im Umkreis einiger sehr dunkler Bildungen der Hof fehlte; hingegen war in meinem Falle festzustellen, daß in der Umgebung der dunkelst pigmentierten Nävi die Depigmentation am ausgeprägtesten war. Auch war der Durchmesser des depigmentierten Hofes um so größer, je größer der Nävus selbst war. In den histologischen Untersuchungen war es auffallend, daß auch in den klinisch depigmentiert erscheinenden Hautgebieten das Fehlen des Pigments nicht absolut und gleichmäßig war, sondern eher der Schwund des Pigmentes inselartig zu beobachten ist, was dahin zu weisen scheint, daß im Suttonschen Krankheitsbilde die pigmentproduzierende Eigenschaft der Epithelzellen nicht auf einmal, sondern allmählich erlischt. Das anscheinend zeitweise Intaktbleiben der Pigmentproduktion in Inseln von der Ausbreitung mehrerer Papillen unterscheidet dies Krankheitsbild auch von dem alltäglichen Vitiligo.

Was die Pathogenese der Krankheit betrifft, stimme ich mit Stokes darin überein, daß im Krankheitsbilde der Nävus als das wesentliche Element („essential element") zu betrachten ist, und daß die Zerstörung des Pigmentes in den betreffenden Hautstellen durch eine von physikalischen oder chemischen Faktoren bewirkte Gleichgewichtsstörung ausgelöst wird. Diese Gleichgewichtsstörung weicht jedoch, was ihre Ausbreitung anbelangt, von der bei Vitiligo beobachteten ab.

Diese Erkrankung muß als selbständiges Krankheitsbild von jenen Depigmentationen unterschieden werden, welche als Folge anderer vorhergegangener Läsionen (Psoriasis usw.) an deren Stelle sekundär entstanden sind. Andererseits ist es nicht auszuschließen, daß sie nicht nur bei Nävus, sondern auch im Anschluß an andere Hautveränderungen zu ähn-

Digitized by Google

lichen Differenzen der Pigmentbildung führende Gleichgewichtsstörungen in der vorhergehend unbeschädigten Umgebung der Läsion ausbilden können.

Literatur.

Sutton, T. Cutan Dis., 1916, S. 797. — Klein, Arch. of Derm., 1922, S. 680. — Stokes, Arch. of Derm., 1923, S. 611. — Crawford, Arch. of Derm., 1924, S. 394. — Schein. Gyogyaszat (ungarisch), 1908, Nr. 34.

Zur Behandlung der Psoriasis mit Natrium salicylicum[1]).

Von

San.-Rat Dr. Alfred Sternthal und Dr. Paul Tachau in Braunschweig.

Die von O. Sachs zuerst empfohlene Psoriasisbehandlung mit Natrium salicylicum intravenös hat in ihrer Modifikation durch Hübner (Kombination mit $^1/_4$—$^1/_2$ %iger Chrysarobinzinkpaste) fast ausnahmslos eine sehr günstige Beurteilung gefunden (Delbanco, Herxheimer, Holländer, Werschbolowsky u. a.). Das veranlaßt uns, unsere eigenen Erfahrungen kurz mitzuteilen, die hiermit nicht ganz im Einklang stehen.

Wir können unserem Urteil 20 Fälle zugrunde legen[2]). Von diesen wurden 13 nach der Hübnerschen Vorschrift behandelt, die übrigen 7 mit Teerpräparaten, Cignolin, Pyraloxin. Einen wesentlichen Unterschied zwischen beiden Behandlungsarten sahen wir, ebenso wie Herxheimer, nicht.

Nur bei 6 Kranken war der Erfolg befriedigend. In den übrigen 14 Fällen blieben nach 6—10 Injektionen = 13—32 g Natr. salicyl. noch nennenswerte Reste zurück. Hier hatten wir manchmal den Eindruck, daß im Anfang der Behandlung bemerkenswerte Fortschritte erzielt wurden. Dann trat aber ein Stillstand ein, so daß die letzten Injektionen ganz zwecklos zu sein schienen. Viermal traten bei den Pat. sogar gegen Ende der Kur neue, teilweise recht ausgedehnte Schübe von Psoriasiseffloreszenzen auf.

Außerdem wurden die Injektionen nicht immer ohne Beeinträchtigung des Allgemeinbefindens vertragen. Wenn die Nebenwirkungen auch vorübergehender Natur waren, so waren sie in einigen Fällen doch recht störend.

Fall 9. Karl K., 36 Jahre alt. Nach 4 g Natr. salicyl. (20 ccm) sofort bitterer Geschmack. In den folgenden zwei Tagen ist wegen hochgradiger Appetitlosigkeit jede Nahrungsaufnahme unmöglich. Stark belegte Zunge. Zwei Wochen später lösen 2 g (= 10 ccm) dieselben Krankheitserscheinungen aus. 1 g (= 5 ccm) wird dann vertragen.

Fall 14. Wilhelm R., 21 Jahre alt. Nach 4 g (= 20 ccm) Schwindel, Kopfschmerzen, starkes Herzklopfen, Ohrensausen, Schlaflosigkeit. Der Zustand hält 48 Stunden an. Nach 3 g (= 15 ccm) die gleichen Beschwerden, etwas abgeschwächt. 2 g (= 10 ccm werden vertragen.

Wegen leichter Kollapszustände, Schwindel, Kopfschmerzen, fliegender Hitze oder Appetitlosigkeit konnten 4 g als Einzeldosis

---

[1]) Vorgelegt auf der Versammlung nordwestdeutscher Dermatologen am 14. Dezember 1924 in Hamburg. — [2]) Wir benutzten das von Bernard in den Handel gebrachte „Psoriasal".

Digitized by Google

nicht gegeben werden in 8 Fällen. Bei 4 von diesen Pat. mußten wir die Dosis sogar auf 2 g resp. 1 g heruntersetzen. Außerdem sahen wir trotz einwandfreier Technik bei 4 Pat. Thrombosen der Vena cubitalis, die in einem Falle sogar die Streckung des Armes erheblich beeinträchtigte. Über ähnliche, unliebsame Zwischenfälle ist bisher nur ganz vereinzelt berichtet worden (AUERBACH, HECHT, LINDT, PICK, ROSENTHAL).

Wir wollen durchaus nicht leugnen, daß wir bei 6 Kranken den Eindruck hatten, daß das Verschwinden der Effloreszenzen durch die Injektionen beschleunigt wurde. Wie sehr dieser Eindruck allerdings täuschen kann, zeigte uns erst vor kurzem ein Pat. mit inveterierter Psoriasis von mäßiger Ausbreitung, bei dem ohne jede innere Behandlung nur mit Unguentum carbonis detergens in zwei Wochen fast völlige Rückbildung aller Plaques erreicht wurde.

Dies ist zweifellos eine Warnung vor unberechtigtem Enthusiasmus. Wir können daher auch die Lobeserhebungen anderer Autoren nicht teilen. Gewiß mag die HÜBNERsche Therapie trotzdem in manchen refraktären Fällen von Nutzen sein. Nur scheint sie uns durchaus ungeeignet, wenn nicht rasche Fortschritte erzielt werden.

Literatur.

1. O. SACHS, W. kl. W., 1922, S. 185. — 2. HÜBNER, Derm. W., 1922, Bd. 75, S. 724. — 3. HÜBNER, D. m. W., 1923, S. 348. — 4. DELBANCO, Zbl. f. Haut- u. Geschlechtskrkh., 1923, Bd. 7, S. 161. — 5. HERXHEIMER, Kl. W., 1923, S. 1369. — 6. HOLLÄNDER, Derm. W., 1923, Bd. 77, S. 1325. — 7. BRAVO, ref. Zbl. f. Haut- u. Geschlechtskrkh., 1923, Bd. 7, S. 262. — 8. DE GRADO, ref. Zbl. f. Haut- u. Geschlechtskrkh., 1923, Bd. 7, S. 370. — 9. WERSCHBOLOWSKY, ref. Zbl. f. Haut- u. Geschlechtskrkh., 1924, Bd. 12, S. 159. — 10. ZULEGER, Vereinsber. Zbl. f. Haut- u. Geschlechtskrkh., 1923, Bd. 9, S. 376. — 11. AUERBACH, Vereinsber. Zbl. f. Haut- u. Geschlechtskrkh., 1923, Bd. 9, S. 376. — 12. HECHT, Vereinsber. Zbl. f. Haut- u. Geschlechtskrkh., 1923, Bd. 9, S. 376. — 13. LINDT, Vereinsber. Zbl. f. Haut- u. Geschlechtskrkh., 1923, Bd. 9, S. 376. — 14. PICK, Vereinsber. Zbl. f. Haut- u. Geschlechtskrkh., 1923, Bd. 9, S. 376. — 15. ROSENTHAL, Vereinsber. Zbl. f. Haut- u. Geschlechtskrkh., 1923, Bd. 8, S. 376.

Bemerkung über Dermoreaktionen (zu der Arbeit von J. SELLEI und J. FENYÖ „Über die mittels Iontophorese entstandene Dermoreaktion").

Von

Prof. W. HEUBNER,
Direktor des pharmakologischen Institutes in Göttingen.

In der Arbeit von SELLEI und FENYÖ[1]) werden mir Äußerungen in die Feder gelegt, die ich nicht getan habe und die durchaus meiner Meinung nicht entsprechen. Ich möchte nicht durch Stillschweigen dazu beitragen, daß sich irrige Begriffe bilden und forterben. An der von den genannten Autoren gemeinten, wenn auch nicht richtig zitierten Stelle[2]) glaube ich zwar kurz, doch deutlich genug auseinandergesetzt zu haben,

[1]) Derm. W., 1924, Bd. 79, S. 1606, 1613. — [2]) Klin. Wschr., 1923, Nr. 44, S. 2037.

Digitized by Google

daß bei einer Anzahl von Giften ihre Wirkung auf sensible Nerven, Blutkapillaren oder „Gewebszellen" sehr scharf unterschieden werden kann, während bei anderen Giften, zu denen ich z. B. das Senföl rechne, allerdings keine deutliche Differenz der Konzentrationen besteht, die an jedem der drei genannten Angriffspunkte bereits merkliche Funktionsänderungen herbeiführen. Es kommt also für die klinische Verwertbarkeit der Dermoreaktionen nur auf die richtige Auswahl der Gifte an, dann kann man selbstverständlich „spezifische" Wirkungen auf die einzelnen Elemente der Haut voneinander abgrenzen. Die Methode der Iontophorese zu diesen Zwecken halte ich für einen Fortschritt.

Was die Entstehung der Quaddel, z. B. durch Morphin, anlangt, so sollte man nach meiner Ansicht sich bis zu etwaiger Auffindung neuer schlagender Argumente an das halten, was von dem so exquisit quaddelbildenden Histamin bekannt ist: es wirkt wenig auf sensible Nerven und — soweit ermittelt werden konnte — auch wenig auf „Zellen", dagegen sehr elektiv erweiternd auf die Blutkapillaren bei Verengerung der Arterien; dadurch unterscheidet es sich scharf vom Koffeïn, das Kapillaren und Arterien erweitert. Verlangsamter Blutstrom in weiten Kapillaren scheint also doch zur Ausbildung einer Quaddel auszureichen. Gibt es einen Grund, daß es beim Morphin anders sei? Aus den Mitteilungen von SELLEI und FENYÖ vermag ich keinen Beweis dafür zu entnehmen, daß die Morphin-Quaddel durch primären Einfluß auf die Epidermiszelle entsteht.

Antwort auf HEUBNERS „Bemerkung über Dermoreaktionen"[1]).

Von

Dr. JOSEF SELLEI und Dr. JOHANN FENYÖ-Budapest.

Wir sagten in unserer Arbeit[2]): „Wenn wir mit HEUBNER (Kl. W., 1923, Nr. 44) annehmen, daß die elektive Wirkung als Endergebnis nur eine quantitative Eigenschaft ist und daß die spezifische Wirkung eines Mittels entweder als Zellgift (Protoplasmagift) oder Nerven-, Kapillargift nur schwer voneinander abgrenzbar ist . . ." Vergleichen wir nun diesen mit dem HEUBNERschen folgenden Satz[3]): „Die Abgrenzung zwischen ‚Kapillargiften' und allgemeinen ‚Zellgiften' (‚Protoplasmagiften', ‚Reizstoffen' u. dgl.) ist natürlich nicht scharf . . . Jede ‚elektive' Wirkung, also auch die auf die Elemente der Kapillarwand, ist ja in letzter Linie nur eine quantitative Eigentümlichkeit", so verstehen wir wahrlich nicht den Vorwurf HEUBNERS, daß wir „ihn unrichtig zitiert und ihm nicht seiner Meinung entsprechende Äußerungen in die Feder gelegt hätten."

Was nun die Entstehung der Morphinquaddel anbelangt, haben wir uns auch ganz an die Auffassung HEUBNERS gehalten: „ . . . die Zellwirkung ist ein sehr wesentlicher, wenn nicht der wesentlichste Anteil der Phlogogene . . ." (Kl. W., 1923, Nr. 44, S. 2038).

Wir wollen jedoch zugeben, daß trotz neueren ganz exakten diesbezüglichen Untersuchungen — und verweisen hier auf die Arbeit von WIRZ (Arch. f. Derm., 1924, Bd. 146, H. 2) — die Frage, ob die Quaddel im allgemeinen und so auch die Morphinquaddel durch primären Einfluß auf die Epidermiszellen bzw. auf die Lederhautzellen — was hier noch nachträglich zu ergänzen ist — entsteht, noch nicht endgültig für erledigt betrachtet werden kann. HEUBNERS wichtige Versuche müssen auch von dermatologischer Seite weitergeführt werden. Für das Studium der elektiven Wirkung der verschiedenen Mittel auf der Haut halten wir die Iontophorese heute als die beste Methode.

---

[1]) Siehe Derm. W., 1925, Bd. 80. — [2]) Derm. W., 1924, Bd. 79, S. 1606, 1613. — [3]) Kl. W., 1923, Nr. 44.

Digitized by Google

Aus der Kinderklinik der Universität in Innsbruck (Vorstand: Prof. Dr. J. Loos).

Zur Methodik der Meinicke-Mikroreaktion (zugleich ein Beitrag zur Kenntnis der Reaktionsbedingungen der MTR).

Von

Dr. Paul Dohnal, Assistent.

(Schluß.)]

Eine weitere — im Gegensatz zu den bisher genannten schwer exakt zu fassende — Abhängigkeit zeigt der Reaktionsausfall der MTR vom Trübungszustand der E.-V., worauf Meinicke selbst nachdrücklichst hinweist.

Es liegt in der raschen Veränderlichkeit des Trübungszustandes der E.-V. somit eine erhebliche Schwierigkeit für die Erzielung konstanter Resultate mit der MTR. Trotzdem können solche bei — auch zeitlich — genau gleichem Arbeiten mit gleichem Extrakte bei Untersuchung einzelner oder weniger Seren mit voller Sicherheit erzielt werden. Ernstere Schwierigkeiten bietet jedoch in dieser Hinsicht die Reihenuntersuchung, da die Reaktivität der E.-V. am Schluß der Reihe eine andere — eben durch die Nachtrübung geänderte — ist als am Anfang der Reihe, so daß die Stärke der Reaktionsausfälle der Anfangs- und Endglieder einer Reihe nicht ohne weiteres vergleichbar ist. Da die quantitative Mischung bei allen Mikromethoden wesentlich mehr Zeit in Anspruch nimmt als bei der Makromethode, treten bei jenen diese Verhältnisse besonders störend hervor. Dunkelfeldbeobachtung zeigt, daß bei der Extraktnachtrübung bei Zimmertemperatur zwei Prozesse nebeneinander verlaufen: 1. Vergrößerung der tanzenden Extraktteilchen (Mikrosomen) unter Schwärzerwerden des anfangs stark milchigen Grundes; also wahrscheinlich durch Anlagerung ultravisibler Extraktteilchen an die Mikrosomen, deren Kugelform dabei erhalten bleibt, bedingt. 2. Zusammentreten der Mikrosomen zu Flocken nach Art einer positiven Reaktion (Eigenflockung des Extraktes). Der Anteil dieser beiden Prozesse an der Nachtrübung — die bei verschiedenen Extrakten übrigens recht verschieden schnell abläuft — wechselt bei verschiedenen Extrakten[1]) und ist überdies von der Temperatur, bei welcher die Nachtrübung stattfindet, abhängig. Wird diese auf der Höhe der Mischungstemperatur (43°) gehalten, so überwiegt völlig der erste Prozeß, der sich makroskopisch ebenfalls durch die Trübung des Extraktes — welcher dadurch ziemlich rasch für die Makro-MTR unbrauchbar wird — kennzeichnet. Da jedoch im Dunkelfeld das Substrat dieser Trübung (Mikrosomenvergrößerung) keinerlei Ähnlichkeit mit dem Substrate der Trübung einer positiven Reaktion (Mikrosomenflockung) hat, ist eine so in der Wärme nachgetrübte E.-V. prinzipiell absolut für die Mikromethode brauchbar; sie gibt sogar mit schwach positiven Seren oft besonders gute Reaktionen.

[1]) Es standen die Extrakte 34^{12}, 34^{6}, 36^{16}, 50^{12}, 50^{16}, 52^{12}, 60^{14} zur Verfügung.

Digitized by Google

Es treten aber mit solchen, stark in der Wärme nachgetrübten, dadurch offenbar in besonders hohe Flockungsbereitschaft versetzten E.-V. auch leicht unspezifische Reaktionen — scheinbar nicht bei allen Extraktnummern in gleicher Häufigkeit — ein, besonders wenn der Reaktionsablauf bei tiefer Temperatur (15°) stattfindet. Für die Trübungsablesung der Makromethode kommt die eben geschilderte Fehlerquelle: „unspezifische Reaktion durch zu stark nachgetrübte E.-V." weniger in Betracht, da eine solche E.-V. die Trübungsablesung an sich stört, für die Mikroreaktion jedoch verdient sie ernste Beachtung.

Die Versuche, durch Alkalizugabe die Nachtrübung zu verzögern oder auszuschalten (Meinicke, Hohn), gaben mir bei der Mikroreaktion keine befriedigenden Resultate. Vor allem ist die stabilisierende Wirkung des von Meinicke (20) empfohlenen 0,01%igen Sodazusatzes bei verschiedenen Extrakten (sämtl. Originalextrakte) recht verschieden, was bei der verschiedenen Nachtrübungsgeschwindigkeit derselben und ihrer verschiedenen Alkalikapazität (festgestellt durch $Ba(OH)_2$-Titration, Indikator: Phenolphtalein) auch zu erwarten ist. Doch ließe sich hier zweifellos Abhilfe schaffen. Viel ernster gegen die Anwendung der Alkalistabilisierung spricht die schwächende Wirkung derselben auf den Reaktionsausfall, welche bei schwach positiven Reaktionen nicht selten zum völligen Ausbleiben derselben führt. Daß gelegentlich innerhalb der vorgeschriebenen Ablesungszeit andere Seren — es handelt sich um solche, welche die oben beschriebene „Kältehemmung" und „bessere Reaktion bei Herabsetzung der Serummenge" zeigen — mit dem alkalisierten Extrakt besser als mit dem Originalextrakt reagieren, vermag keinen Ersatz für die besagten Reaktionsausfälle bei schwach positiven Seren zu bieten. Ich kann daher für die Mikromethodik die Alkalistabilisierung in ihrer jetzigen Form nicht empfehlen — übrigens kommt Untersteiner (17) für die Makromethodik zum gleichen Ergebnis.

Bis eine befriedigendere Extraktstabilisierung gefunden ist, ist das einzig empfehlenswerte Vorgehen das von Meinicke zuerst empfohlene Arbeiten in kurzen Reihen. Solche von etwa 8—10 Gliedern eignen sich für das angegebene „Kapillarenverfahren" bei einiger Übung und mittelrasch nachtrübenden Extrakten.

Über die Ablesung der Reaktion im Dunkelfeld ist dem in der ersten Arbeit Gesagten nichts wesentlich Neues hinzuzufügen. Hervorgehoben sei nur, daß allzugeringe Schichtdicke des Reaktionsgemisches die Flockung erheblich hemmen kann, daß wechselnde Schichtdicke vergleichende Untersuchungen erschwert und daher das beschriebene Einlegen eines Haares als ungefährer Regulator der Schichtdicke auch dann nicht unterlassen werden soll, wenn man ausnahmsweise nur mit einem Extrakt arbeitet.

Eine zweite Ablesung des Resultates nach etwa zwei Stunden, wie es nun auch Meinicke selbst für die MTR (neue Gebrauchsanweisung) empfiehlt, kann bei manchem nach einer Stunde zweifelhaften Resultat gute Anhaltspunkte für seine Beurteilung geben; doch ist dabei die Möglichkeit einer unspezifischen „Nachflockung" besonders beim Arbeiten mit stark nachgetrübtem Extrakt und bei niederer

Digitized by Google

Temperatur stets im Auge zu behalten. Da auch in Hinsicht der „Nachflockung" verschiedene Extrakte sich verschieden verhalten, sind bei Verwendung eines neuen Extraktes einige Vorversuche mit bekannten Seren zur diesbezüglichen Orientierung unbedingt nötig. Später kann man bei — auch zeitlich — genauem, reinlichem Arbeiten auf Kontrollen um so eher verzichten, als auch diese, nur in beschränkter Zahl mitlaufend, Täuschungen absolut nicht ausschließen. Zwei Beispiele mögen dies erläutern: Nehmen wir an, daß ohne Kenntnis der Temperaturabhängigkeit der Reaktion ein „kälteempfindliches" Serum zur Untersuchung bei niedrigerer Temperatur komme in einer Reihe mit (viel häufigeren) nicht oder wenig temperaturempfindlichen positiven Kontrollen. Es werden letztere gut, ersteres nicht oder sehr wenig reagieren; trotzdem wäre der Schluß, daß es sich um ein negatives Serum handelt, völlig verfehlt. Reagiert andererseits beim Arbeiten mit stark nachgetrübtem Extrakt ein zu untersuchendes Serum der Reihe positiv, die Kontrollen von Normalseren jedoch negativ, so ist die Annahme, daß es sich um ein wirklich (d. h. auch bei richtiger Ausführung der Reaktion) positives Serum handelt, nicht zwingend, denn die oben beschriebene „unspezifische Reaktion durch zu starke Nachtrübung" zeigt nur der kleinere Teil der Seren, zu welchem gerade ein zu untersuchendes Serum als Glied einer großen Reihe der Wahrscheinlichkeit nach eher gehören wird wie eine der wenigen Kontrollen. In beiden angeführten Fällen gibt Ausführung der Reaktion unter richtigen, oben erläuterten Bedingungen ohne weiteres das richtige Resultat. Überhaupt gab mir die Mikroreaktion seit genauer Erkenntnis der oben geschilderten Abhängigkeiten Resultate von — auch in Grenzfällen — völliger Konstanz. Es ist zu hoffen, daß Beachtung und Konstanthaltung der geschilderten Reaktionsbedingungen auch anderwärts jene oftmals beklagten „Zwischenfälle, deren Ursachen der Klärung bedürfen" (Klopstock-Dölter), zum Verschwinden bringen und so die Verläßlichkeit der Reaktion auf eine, selbst bei Untersuchung einzelner Seren, allen Anforderungen entsprechende Höhe bringen wird.

Literatur.

1. Derm. W., 1923, Nr. 34. — 2. D. m. W., 1923, Nr. 46. — 3. M. Kl., 1923, Nr. 41; Zschr. f. Immunitätsforsch., Bd. 39, H. 4. — 4. M. m. W., 1924, Nr. 12. — 5. M. Kl., 1923, Nr. 33. — 6. M. Kl., 1923. Nr. 36. — 7. D. m. W., 1924, Nr. 14. — 8. Kl. W., 1924, Nr. 23. — 9. D. m. W., 1924, Nr. 2. — 10. M. Kl., 1923, Nr. 51, 52. — 11. D. m. W., 1924, Nr. 34. — 12. D. m. W., 1924, Nr. 45. — 13. M. m. W., 1924, Nr. 31. — 14. D. m. W., 1924, Nr. 14. — 15. D. m. W., 1924, Nr. 25. — 16. D. m. W., 1924, Nr. 13. — 17. Derm. W., 1924, Nr. 36. — 18. W. kl. W., 1924, Nr. 39. — 19. Demonstration auf der Tagung der Ges. f. Kinderheilk., Sept. 1924. — 20. Neue Gebrauchsanweisung für die MTR.

Nachschrift.

Nach Abschluß der Arbeit gelangt Meinickes eben erschienene Anleitung zur Ausführung der Mikroreaktion (Verl. Adlerapotheke in Hagen) zu meiner Kenntnis. Sie bestätigt in vieler Hinsicht (Bedeutung höherer Temperatur, Nachtrübungsgefahren, Verlassen der schematischen Alkalistabilisierung) das vorhin Gesagte. Die für das Ösenverfahren empfohlenen dicken (mindestens 1,2 mm) Kapillaren sind für die vorstehend geschilderte Kapillarmethode ungeeignet, auch kommt diese mit den geringen

Digitized by Google

Serummengen meiner engen (0,4—0,8 mm) Kapillaren ohne Schwierigkeit aus. Insbesondere für junge Säuglinge und in der ambulanten und privaten Praxis, wo das Setzen größerer Stiche unangenehm ist, ist dieser geringste Blutbedarf ein Vorteil (sorgfältige Reinigung mit Alkohol und Trockenreiben vor dem Stich). Ein weiterer Vorteil enger Kapillaren ist die rasche und vollständige Retraktion des Blutkuchens in denselben. Die Umrandung der Deckgläschen mit durch Erwärmen flüssig gemachter (säurefreier) Vaseline (nicht Paraffin) stößt auf keinerlei Schwierigkeit, wenn man in der (1) beschriebenen Weise ein Haar einlegt. Fett-(Vaseline-)spuren stören bei der Kapillarmethode nicht, wohl aber Verunreinigungen mit Säuren und Laugen. Die bei genauer Einhaltung der angegebenen Technik erhaltenen Dunkelfeldbilder — auch schwächster positiver Reaktionen — sind so klar und gut charakterisiert (z. B. Flocken von etwa halbem Erythrozytendurchmesser, daneben viel freie Extraktpartikel [Mikrosomen] = schwache Reaktion, oder: Flocken von 8—10 Erythrozytendurchmessern, keine Mikrosomen = sehr starke Reaktion), daß ich nie den Wunsch nach einem zweiten Ablesungsverfahren empfand. Ich glaube, daß auch für die Makromethodik in zweifelhaften Fällen die Dunkelfeldablesung eines Versuches wert ist.

Aus der Univ.-Hautklinik Breslau (Direktor: Geh. Med.-Rat Prof. Jadassohn).

Urethritis posterior chronica mycotica.

Von

Privatdozent Dr. W. Frei.

Die Mitteilung Klausners in Nr. 12, 1924 dieser Wochenschrift über einen Fall von Pilzerkrankung im männlichen Urogenitalsystem gibt Veranlassung, über folgende Beobachtung aus der Privatpraxis von Herrn Geheimrat Jadassohn kurz zu berichten:

Vorgeschichte: Pat., 39 Jahre alt, vor 15—16 Jahren erste Gonorrhoe; ärztliche Behandlung vorzeitig abgebrochen; aus eigenem Antrieb damals wiederholt Einspritzungen von Kuhmilch (gekocht?) in die Harnröhre. Seitdem öfters trüben Urin; nach jedem Koitus Ausfluß, falls er kein Prophylaktikum anwendet. Seit mehreren Jahren Flocken im Urin, deren größere er beim Wasserlassen durch die Harnröhre hindurchgleiten fühlt. Seit zwei Jahren mitunter heftige Schmerzen im Leib, die nach fachärztlicher Ansicht vom Magen kommen sollen; Ureterenkatheterismus ergab normale Verhältnisse, auch Röntgendurchleuchtung negativ. Vor vier Monaten akute gonorrhoische Harnröhrenerscheinungen mit Epididymitis und Prostatitis; seitdem in fachärztlicher Behandlung, vor 14 Tagen Gonokokken +, zuletzt —.

Befund: Epididymitis gut zurückgebildet; Prostata palpatorisch normal. Gonokokken bei mehrfachen mikroskopischen Untersuchungen weder in der ersten noch in der zweiten Urinportion, noch im Prostatasekret, das auch keine anderen Mikroorganismen und nur wenige Eiterkörperchen enthält. Im Urin Pilzmyzelien (Näheres siehe unten), kein Zucker.

Endoskopie (Prof. Gottstein[1]): Vordere Harnröhre intakt; in der hinteren Harnröhre eine ganze Reihe weißlicher, glänzender Herde, zum Teil mit flottierendem Belag. Colliculus seminalis normal; Ausführungsgang auf der Höhe

[1]) Ich danke Herrn Prof. Gottstein auch an dieser Stelle ergebenst für die Überlassung seiner — hier nur gekürzt wiedergegebenen — Befunde.

Digitized by Google

leicht gerötet. Am Übergang zu den Fossulae prostaticae papilläre Exkreszenz; in der Blase außer geringer Gefäßvermehrung nichts Pathologisches.

Verlauf: Mehrere Wochen hindurch wiederholtes direktes Betupfen der Pilzherde mit 1- und 2%iger Argentum nitr.-Lösung im Urethroskop. Zuletzt (18. XI. 1920) Pilzherde nicht mehr zu sehen. Auch im Urin keine Pilze; dagegen Bact. pyocyaneum und noch zahlreiche Leukozyten. Bei erneuter Vorstellung am 19. I. 1921 der gleiche Urinbefund. Schlußbefund am 16. VI. 1921: frische Gonorrhoe.

Es handelt sich also um eine urethroskopisch nachgewiesene Urethritis posterior mycotica chronica bei einem Pat., dessen Vorgeschichte bezüglich Gonorrhoe etwas unklar ist (chronische Gonorrhoe mit akuten Exazerbationen bzw. Superinfektionen? Wiederholte Neuinfektionen?), und der nicht an Diabetes leidet. Für eine Pilzerkrankung der übrigen Teile des Urogenitalsystems besteht kein Anhaltspunkt.

Die nähere Untersuchung der Pilze ergibt nachstehende Befunde:

Der Urin ist trüb und enthält in wechselnder Menge weißliche, faserig-schleimige Klümpchen, die sich auf dem Objektträger zu linsengroßen und auch noch größeren zarten Geweben mit feinen polypenartigen Ausläufern ausbreiten lassen. Sie bestehen aus einem strahlenförmig angeordneten, reich verzweigten, wenig septierten Myzelnetz, dessen Fäden am freien Ende abgerundet und vereinzelt auch leicht kolbig verdickt sind. Die Fäden enthalten Granula und Fettröpfchen und nehmen Anilinfarben ungleichmäßig an. Sie sind schwach grampositiv. Das Zentrum des Netzes ist von Leukozytenhaufen bedeckt. Das Zentrifugat einer Urinportion, die frei von sichtbaren Klümpchen ist, enthält Leukozyten, Erythrozyten und kleinere Myzelstücke.

Die Kultur des Pilzes gelingt auf den gebräuchlichen Nährböden (Nähragar, Aszitesagar, Maltoseagar, Bierwürzeagar, Bierwürzegelatine, Nährbouillon usw.) sowohl bei 37° wie bei Zimmertemperatur ohne Schwierigkeiten, und zwar wächst er aus einem nach Spülung der vorderen Harnröhre unter sterilen Kautelen gewonnenen Urin in Reinkultur, auch auf Aszitesagar. Im Prostatasekret nach Blasenspülung kann er — und ebenso Gonokokken — kulturell nicht nachgewiesen werden, desgleichen nicht im Blut. Um mit Sicherheit Reinkulturen in den Händen zu haben, wird der Pilz noch nach dem Kochschen Plattenverfahren und späterhin auch mittels der Burrischen Tuschmethode (Einzellkultur) isoliert.

Auf festen Nährböden ist das Wachstum je nach der Art des Nährmaterials und der Höhe der Züchtungstemperatur etwas different. Überall bildet der Pilz trockene, zähe, schwer zerreißbare Häute, die fest in den Nährboden eingesenkt sind. Sie sind bei diffuser Oberflächenimpfung über die ganze Fläche ausgebreitet und unregelmäßig gefurcht. Beim Plattengußverfahren bilden sich sowohl an der Oberfläche wie im Innern des Nährbodens rundliche Kolonien mit zackigem Rand und dichterem — an der Oberfläche des Nährbodens hügelig erhabenem — Zentrum, von dem strahlig angeordnete Streifen ausgehen; das gleiche Bild bietet der Pilz an der Oberfläche von Stichkulturen und wächst hier auch in der Tiefe in strahliger, baumartiger Anordnung.

In frischen Kulturen ist der Pilzrasen etwa mattgelblich, mit zunehmendem Alter nimmt er immer mehr rotbraune Farbe an, die auch in den umgebenden Nährboden diffundiert. Bei 37° entwickelt er nur ein minimales, bei Zimmertemperatur ein stärkeres Luftmyzel, das sich auf allen Agarnährböden in der Farbe nicht von dem bräunlichen Nährmyzel abhebt, während es auf Gelatinenährböden einen schneeweißen — bei Bierwürzezusatz besonders üppigen — Flaum bildet.

Mikroskopisches Bild der Kulturen von festen Nährböden: Mit der Öse läßt sich von der Oberfläche der Kulturen nur spärliches Material abkratzen, das neben einzelnen verzweigten Myzelien hauptsächlich aus großen zylindrischen, zum Teil sichelförmigen Zellen mit und ohne Septen besteht. Sie liegen nur zum kleinen Teil einzeln, meist in Häufchen von 2—8 und noch mehr Individuen zusammen mit einer Neigung zur bananen- oder dachgiebelartigen Lagerung; keine Ketten, keine Sproßformen. Vereinzelt befinden sich solche Zellen an den Myzelien, aus denen sie seitenständig ungestielt hervorgehen (Ektosporen). In Gefrierschnitten durch das Kulturmaterial treten sie, vor allem nach Züchtung bei Zimmertemperatur, an Menge gegenüber den Myzelfäden zurück, die auch hier reich verzweigt

Digitized by Google

und wenig septiert erscheinen, zum Teil schlangenförmig gewunden sind und Granula und Fettröpfchen enthalten. Nach Züchtung bei Zimmertemperatur bilden sich, besonders in älteren Kulturen, chlamydosporenartige Auftreibungen im Verlauf und am Ende von Fäden. Höhere Fruchtformen sind nicht festzustellen.

In flüssigen Nährböden (Nährbouillon, Bierwürze, Milch, Lackmusmolke) wächst der Pilz bei 37° und bei Zimmertemperatur in sternförmigen, zarten, aber doch schwer zerteilbaren Flocken von ähnlichem Aussehen wie die Flocken im Urin. Sie schwimmen zunächst auf der Oberfläche, sinken später zum Teil unter, zum Teil entwickeln sie sich auch zu größeren dünnen Oberflächenhäuten. Keine diffuse Trübung. Sie bestehen aus radiär verlaufenden Strängen, die von einem ringförmigen Zentrum ausgehen. Die Stränge sind aus Bündeln parallel aneinander gelagerter Myzelfäden gebildet, die zusammen mit den zahlreichen Verzweigungen ein dichtes Netz bilden. Auch hier sieht man in älteren Kulturen im Verlauf und am Ende von Fäden kolbige Auftreibungen und vereinzelt die oben beschriebenen großen zylindrischen Zellen.

Die Lebensdauer der Pilze beträgt bei Zimmertemperatur auf Schrägagar etwa zwei Monate. Aufschwemmungen frischer Kulturen in physiologischer Kochsalzlösung werden durch einstündiges Erhitzen auf 60° abgetötet, während 58° noch nicht genügen. Gelatine und Bierwürzegelatine werden innerhalb von 2—3 Monaten nicht verflüssigt; aus Traubenzucker und Milchzucker wird weder Säure noch Gas gebildet, Milch wird peptonisiert. Der Geruch der Kulturen ist etwas dumpfig, nicht säuerlich, nicht moschusartig. Keine Tierpathogenität (Kaninchen, Meerschweinchen, Maus intravenös; Meerschweinchen und Mäuse intraperitoneal und subkutan).

Agglutinations- und Komplementbindungsversuche von Patientenserum mit Kulturaufschwemmungen (und ebenso mit Aufschwemmungen von Sporotrichosesporen) verlaufen negativ. Intrakutanreaktionen mit abgetötetem Kulturmaterial fallen bei dem Pat. stärker aus als bei fünf Kontrollpersonen; insbesondere kommt es bei ihm zur Entwicklung eines leichten, nach zwei Tagen abklingenden roten Hofes (mit anämischem, die Impfpapel umgebendem Zentrum), der bei den Kontrollen vollkommen fehlt.

Nach diesen Befunden läßt sich der Pilz unter keine der bekannten pathogenen Arten einordnen. Prof. Plaut, der die Güte hatte, eine Anzahl meiner mikroskopischen Präparate aus Urin und Kultur einer Durchsicht zu unterziehen (lebendes Kulturmaterial konnte ich nicht mehr zur Verfügung stellen, da der Pilz inzwischen eingegangen war), glaubt, daß es sich wohl um einen Schimmelpilz handelt, der im mikroskopischen Bild Ähnlichkeiten mit der Gattung Fusarium aufweist, ohne allerdings in seinen — von mir an ihn berichteten — kulturellen Eigenschaften mit ihr ganz übereinzustimmen. Unter der typischen Milchflora (vgl. Vorgeschichte) ist ihm kein Pilz bekannt, der den eingesandten Formen entspricht.

Daran, daß die Pilze die Erreger der endoskopisch gefundenen herdförmigen Urethritis posterior sind, dürfte — auch abgesehen von der Konstanz und Reichlichkeit der Pilzbefunde im Urin — schon nach der Übereinstimmung zwischen den Bildern in vivo und in vitro (weißliche Häute mit flottierenden, polypenartigen Ausläufern) kein Zweifel sein. Dazu kommt noch die positive Intrakutanreaktion, auf die ich das Augenmerk besonders lenken möchte. Es ist mir nicht bekannt, daß eine solche bei ähnlichen Pilzaffektionen schon beobachtet worden wäre; daß sie aber bei sehr oberflächlichen Mykosen vorkommen kann, lehren ja die gelegentlich an oberflächlichen Trichophytien beobachteten. Bei oberflächlichen Sproßpilzerkrankungen, und zwar bei vier Fällen von „chronischer Paronychie“ (Kumer) und zwei von Interdigitalmykose, haben Dora Fuchs und ich nach intrakutanen Injektionen konzentrierter Autovakzinen — und ebenso nach Einreiben

Digitized by Google

lebender Kultur in die leicht aufgerauhte Armhaut — keine anderen Reaktionen als bei mykosefreien Vergleichspersonen erhalten, wie auch in all diesen Fällen Komplementbindungsversuche negativ verlaufen sind (bisher nicht veröffentlicht); ferner habe ich im Arch. f. Derm., Bd. 129, S. 403 bereits über negative biologische Reaktionen bei einer akuten Soormykose der Nägel berichtet.

Die Zahl der Veröffentlichungen über Pilzerkrankungen der Harnorgane ist bisher noch beschränkt. Meist handelt es sich (wie wohl auch in unserem Fall) um aszendierende Prozesse teils von akutem, teils von chronischem Verlauf und bei den Pilzen um Angehörige der Soorgruppe. Als dispositionschaffendes Moment kommt häufig ein Diabetes mellitus in Betracht. Aber auch örtliche Begleiterscheinungen spielen in der Genese dieser Mykosen eine Rolle. So sind in allen mir bei Männern aus der Literatur bekannt gewordenen Fällen andere Affektionen des Urogenitalsystems vorangegangen: im Falle Klausners ein intraurethraler Herpes, in einem weiteren, nur kurz mitgeteilten Falle von Müllern-Aspegren eine Prostatahypertrophie, in drei Fällen, von Wossidlo, Tannenberg und mir, Gonorrhoeen. Dazu kommt noch ein Fall von Blasentuberkulose mit Streptotricheen im Urin, bei dem allerdings die pathogene Wirkung der Pilze nicht feststeht (Bruni). Ob sich die Bedeutung dieser anderweitigen Erkrankungen darin erschöpft, daß sie wie bei der Beobachtung Klausners den Anlaß zu unsterilen Eingriffen in den Harnapparat und damit zur Einschleppung der Pilze geben, oder ob sie zugleich noch den Boden für die Ansiedlung der Pilze bereiten, ist zunächst nicht zu entscheiden. Der endoskopische Nachweis der Pilzansiedlung wie in unserem Falle ist bisher nur noch einmal, und zwar bei einer akuten Cystitis mycotica einer Diabetikerin, geführt worden (v. Frisch).

Zusammenfassung: Bei einem wiederholt an Gonorrhoe erkrankten, nicht an Diabetes leidenden Manne wird eine Urethritis posterior chronica mycotica festgestellt, die sich auch endoskopisch nachweisen läßt. Der zu den Schimmelpilzen gehörende Krankheitserreger wird aus dem Urin des Pat. in Reinkultur gezüchtet. Eine aus demselben hergestellte Vakzine gibt, intrakutan appliziert, bei dem Kranken stärkere Reaktionen als bei Kontrollpersonen. Agglutinations- und Komplementbindungsversuche fallen negativ aus.

Literatur.

1. v. Frisch, W. kl. W., 1898, Nr. 39, S. 875. — 2. Bruni, Ann. des mal. des org. gén.-urin., 1904, S. 1601. — 3. Wossidlo, Verhandlungen der Deutschen Gesellschaft für Urologie, II. Kongreß 1909, Berlin. S. 157. — 4. Müllern-Aspegren, Act. derm.-venereol., 1921, Bd. 2, S. 126; ref. Zbl. f. Haut- u. Geschlechtskrkh., 1922, Bd. 4, S. 228. — 5. Tannenberg, Zschr. f. Urol., 1923, Bd. 17, S. 82. — 6. Klausner, Derm. W., 1924, Bd. 78, S. 342.

Digitized by Google

Referatenteil

redigiert von Dr. Marie Unna, Hamburg-Bergedorf.

Fachzeitschriften.

Bulletin de la Société Française de Dermatologie et de Syphiligraphie.

Sitzung vom 13. November 1924.

L. Bory: **Ein Fall von Erythema annulare centrifugum Darier mit endokrinen Störungen** (Un cas de érythème annulaire centrifuge [ou papulo-circiné migrateur et chronique] de Darier avec troubles endocriniens). Bei einem 13jähr. Mädchen entwickelt sich eine allmählich über den ganzen Körper mit Ausnahme des Gesichts sich verbreitende Affektion von etwas erhabenen, sich derb anfühlenden Kreisen und Bogen, die aus einer roten Papel hervorgehen. Vorübergehend sehr mäßiges Jucken. Nach einer durch eine Salbe hervorgerufenen Reizung war Bildung feiner Bläschen von herpetiformem Charakter aufgetreten. Außerdem bestehen endokrine Störungen: Menstruationsstörungen, Obstipation, Hypothermie, Hypotension, Glykosurie, Hypertrophie der Thyreoidea; die Entwicklung dieser und der Hautstörungen ist gleichzeitig vor sich gegangen, so daß ein Zusammenhang anzunehmen ist. Milian findet, daß der Fall an einen abortiven Fall von Duhringscher Krankheit erinnert.

A. Gougerot: **Hautjucken ohne Hauterscheinungen von Lichen, aber mit Lichen planus der Mundschleimhaut** (Prurit cutané sans éruption cutanée de lichen mais avec lichen plan buccal). Trotz Fehlens von Hauterscheinungen wird das neben dem Lichen der Mundschleimhaut bestehende Hautjucken als lichenoid aufgefaßt, besonders mit Rücksicht auf die gleichzeitige Entwicklung und das Schwinden auf Natr. kakodyl. und Chrysarobineinreibungen.

Hudelo und Dumet: **Hautausschlag infolge von Stichen von Pediculoides ventricosus bei Kornträgern** (Dermatose par piqûres de pédiculoides ventricosus chez des ouvriers grainetiers). Bei verschiedenen Arbeitern war nach Tragen von aus Marokko stammenden Säcken mit Saaterbsen eine Eruption von urtikariellen, in der Mitte ein Bläschen oder einen purpurartigen Fleck oder eine kleine Blutkruste tragenden Effloreszenzen aufgetreten. Als Ursache wurde Pediculoides ventricosus aufgefunden.

Louste, Lévy-Franckel und Thibaut: **Pityriasis rubra pilaris mit Zeichen von Dysthyreoidie** (Pityriasis rubra pilaire avec signes de dysthyroidie). Das Vorkommen endokriner Störungen bei Fällen von Pityriasis rubra pilaris mit Hyperkeratosis palmaris und plantaris bestätigt die Rolle, die Störungen der Blutgefäßdrüsen in Verbindung mit solchen des Sympathikus oder ohne sie für den Mechanismus der Entstehung der Keratodermien spielen.

A. Louste und L. Louet: **Kongenitale Knochensyphilis am Schädel** (Syphilis osseuse crânienne héréditaire). Epileptiforme Erscheinungen infolge ausgedehnter Hyperostosen der Tabula externa und interna bei einem kongenital syphilitischen Kinde.

Louste, Cailliau und Darquier: **Fall von Erythromelie** (Un cas d'érythromélie). Der bereits vor vier Jahren von anderer Seite vorgestellte Fall weist einen gewissen Rückgang der Erscheinungen auf. Es wird eine eingehende histologische Darstellung des im Stadium der Atrophie befindlichen Falles gegeben: Vorwiegen der Veränderungen im Niveau der papillären Zone, dystrophische und vaskuläre Läsionen und verbunden mit dieser verminderten Vitalität des Tegumentes ein durch ein beträchtliches Infiltrat charakterisierter entzündlicher Prozeß. Rein histologisch besteht also ein Unterschied von der Anetodermie, Poikilodermie, den partiellen Sklerodermien.

Milian und Solente: **Lymphadenoma inguinale** (Lymphadénome inguinal). In beiden Leisten hart geschwollene, nicht schmerzhafte, auf der Unterlage verschiebliche Drüsen. Histologische Untersuchung ergibt typisches Lymphadenom. Der schlechte Allgemeinzustand in Verbindung mit Leber- und Milzschwellung ließ zuerst an Leukämie denken, deren Diagnose jedoch auf Grund des histologischen Befundes und des Blutbildes abgelehnt werden konnte. Nach Röntgenbestrahlungan wesentliche örtliche und allgemeine Besserung.

Digitized by Google

Hufnagel und Pierrot: **Allgemein ausgebreiteter Lichen planus mit akuter Entwicklung und allgemeiner Drüsenschwellung (aleukämische Lymphadenitis)** (Lichen plan généralisé à poussées aiguës avec polyadénopathie [Lymphadénie aleucémique]). Zweimaliger Ausbruch in akuter Form mit Neigung zu spontanem Schwinden. Die außerdem bestehende allgemeine Drüsenschwellung kann nicht die Folge eines Pruritus sein, da dieser niemals von großer Intensität war und die Drüsenschwellungen auch dem Auftreten des Lichen vorausgegangen zu sein scheinen. Es kann zunächst nur auf das Problem der Pathogenese des Lichen in ihren Beziehungen zu den Erkrankungen des Blutes hingewiesen werden.

Gougerot und Edouard Peyre: **Versuch einer Behandlung von Hautinfektionen mit Bakteriophagen** (Essai de traitement par le bactériophage dans les infections cutanées). Die Versuche beruhen auf den Feststellungen von d'Hérelle, daß Ultramikroben, die durch für Bakterien undurchgängige Filter hindurchgehen, auf Kosten lebender Bakterien existieren und diese dadurch zerstören. Die mit Staphylokokkenkolonien nochmals auf Bouillon geimpften Bakteriophagen erlangten eine unbegrenzte Wirksamkeit. Behandelt wurden mit gutem Erfolge zwei Fälle von hartnäckiger Sykosis, ein altes pustulöses seborrhoisches Ekzem, ein Fall von Furunkulose. Jede einzelne Pustel muß mit der Bakteriophagenkultur inokuliert werden, wonach sich eine oft sehr starke örtliche Reaktion einstellt.

Civatte: **Zwei üble Zufälle nach intramuskulären Wismuteinspritzungen in wäßriger Suspension** (Deux incidents après deux injections intramusculaires d'hydroxyde de bismuth en suspension dans l'eau). Bei zwei Pat. traten nach der neunten bzw. elften Einspritzung nach wenigen Minuten Blässe, Zyanose, starkes Angstgefühl, unfühlbarer Puls auf; die Erscheinungen gingen innerhalb zwei Stunden auf Adrenalin- und anderweitige Einspritzungen zurück. Sie werden nicht als nitritroide Krise, sondern als akute Wismutvergiftung aufgefaßt, indem wahrscheinlich eine kleine Menge der Suspension in ein Blutgefäß geraten war. Es werden danach die öligen Suspensionen vorzuziehen sein.

Leredde: **Die Sterilisierung der frischen Syphilis und die Untersuchung der Zerebrospinalflüssigkeit** (La stérilisation de la syphilis récente et l'examen du liquide céphalo-rachidien). Auch durch gute Behandlung im Frühstadium ist eine Sterilisierung häufig nicht zu erreichen, da man bei (unter Umständen wiederholter) Lumbalpunktion Veränderungen findet. Die Syphilis ist zwar nicht im eigentlichen Sinne heilbar, jedoch können durch regelmäßige, energische, frühzeitige Behandlung Abschwächung der Infektion erzielt und die „sekundären Fixierungen" verhindert werden. Wenn die Therapie wirklichen Wert haben soll, so genügt es nicht, sie bis zur Erreichung einer negativen WR fortzusetzen, vielmehr muß ein Schwinden der Veränderungen der Zerebrospinalflüssigkeit erreicht werden. Es hängt nur von dem Verständnis des Arztes ab, auch wiederholte Lumbalpunktion bei den Kranken vornehmen zu können.

Leredde: **Über die innerliche Anwendung von Salvarsan. Zu einer Mitteilung von Cl. Simon** (Sur l'emploi des arsénobenzènes par voie buccale. Au sujet d'une communication de M. Cl. Simon). Leredde beanstandet die Höhe der zur Anwendung gekommenen Dosen des Treparsols und befürchtet, daß doch noch unangenehme Nebenerscheinungen auftreten könnten, zumal bisher die innerliche Anwendung nur bei frischen Infektionen, nicht bei alten Fällen und kongenitaler Syphilis stattgefunden hat. Es sollten erst weitere Erfahrungen abgewartet werden. Brocq, Ravaut, Emery, Fernet bestätigen die Erfolge Simons; dieser weist die Angriffe auf die Höhe der Dosen damit zurück, daß bei der inneren Zufuhr ganz andere Verhältnisse vorliegen als bei der parenteralen. Kleine Intoleranzerscheinungen sind beobachtet worden, worüber auch berichtet wurde.

Rubinstein und P. Stephanovitch: **Die Globuline der Zerebrospinalflüssigkeit und ihre Beziehungen zu den sonst noch zur Anwendung kommenden Untersuchungsmethoden** (Les globulines du liquide céphalo-rachidien et leurs rapports avec les autres réactions utilisées pour son exploration). Die Untersuchung der Globuline stellt die empfindlichste Methode für die Untersuchung der Zerebrospinalflüssigkeit dar; mit dem Übergang der Krankheit in den chronischen Zustand nimmt die Empfindlichkeit ab, bleibt aber immer den übrigen Methoden überlegen. Sie ist auch sehr empfindlich bei Tabes und Paralyse. Bei positiver WR im Liquor ist sie fast immer positiv, häufig auch bei negativer WR. Von den verschiedenen Globulinreaktionen ist Nonne-Apelt am spezifischsten und empfindlichsten; die Weichbrodtsche Reaktion nähert sich ihr, beide kontrollieren und ergänzen sich gegenseitig. Pandy ist bei Paralyse regelmäßig positiv, doch auch ohne Syphilis bei geringer Vermehrung von Albuminen.

Digitized by Google

Clément Simon: **Tabes mit sekundär-syphilitischen Haut-Schleimhauterscheinungen** (Tabès avec syphilides cutanée-muqueuses secondaires). Die Fälle, in denen ein derartiges Zusammentreffen vorkommt, sind nicht selten: die Häufigkeit steht in Beziehungen zu dem Vorkommen vorzeitiger Tabes und tardiver sekundärer Erscheinungen. Die Möglichkeit einer Reinfektion muß dabei im Auge behalten werden.

Ch. Audry und Ch. Laurentier: **Ausgebreitete Psoriasis, eine alte Narbe verschonend** (Psoriasis généralisé respectant une cicatrice ancienne). Die beobachtete Tatsache spricht gegen den epidermalen Ursprung der Psoriasis, vielmehr kann man annehmen, daß, wenn eine parasitäre, durch die Blutbahn verbreitete Ursache vorliegt, die histologische Läsion der alten Narbe sich der parasitären Embolie, die die Papel bestimmt, entgegenstellt.

Ant. Ekonomou: **Lichen atrophicus oder Porokeratosis Mibelli** (Lichen atrophique ou porokératose de Mibelli). Die histologische Untersuchung ergab sowohl für Lichen atrophicus wie für Porokeratosis charakteristische Bilder.

Decrop: **Nebenerscheinungen der Wismutbehandlung, skarlatiniformes Exanthem nach einer Muthanoleinspritzung** (Accidents de la médication bismuthique, éruption scarlatiniforme après une injection de muthanol). Die Erscheinungen waren nach einer einmaligen schwachen Dosis aufgetreten.

Le Coty: **Über die Unschädlichkeit der in Pausen von einigen Tagen wiederholten Salvarsaneinspritzungen bei den Schwarzen Afrikas** (De la nocivité nulle du novarsénobenzol en injections intraveineuses répétées à quelques jours d'intervalle chez les noirs de l'A.E.F.). Nur ganz vereinzelt geringe Temperatursteigerungen, einmal eine nitritoide Krise.

Milian und Marceron: **Multiple, disseminierte kalte tuberkulöse Abszesse des Unterhautbindegewebes, zunächst als Sporotrichose behandelt. Nachweis der Tuberkulose durch Meerschweinchenimpfung** (Abcès froids tuberculeux multiples et disséminés de l'hypoderme soignés au début pour sporotrichose. Tuberculose revélée par l'inoculation au cobaye). In dem Eiter waren keinerlei Bakterien nachweisbar gewesen.

Milian und Périn: **Atrophierende purpuraartige Syphilide** (Syphilides purpuriques atrophiantes). Die Syphilis ist fähig, Hautatrophien hervorzurufen, die makroskopisch primär sind oder aus erythematösen, bisweilen kaum sichtbaren Flecken hervorgehen. Mikroskopisch zeigen sich jedoch auch bei der anscheinend primären Atrophie infiltrierte Läsionen als Ausdruck der aktiven Syphilis.

Milian: **Leistendrüsenabszeß. Tertiäre Syphilis** (Adénopathie inguinale suppurée. Syphilis tertiaire). Nachdem drei Monate lang verschiedene Behandlungen keine Besserung herbeigeführt hatten, erfolgte schnelle Heilung durch Salvarsaneinspritzungen.

Milian und Périn: **Xantho-Erythrodermie (wahrscheinlich prämykotische Erythrodermie) en plaques mit Hyperkeratose** (Xantho-erythrodermie [Erythrodermie prémycosique probable] en plaques avec hyperkératose). Die klinischen Erscheinungen ähneln der Gruppe der als Erythrodermie pityriasique en plaques disséminées beschriebenen oder auch der Xantho-erythrodermia perstans, doch kommt hier noch die Hyperkeratose hinzu. Obgleich kongenitale Syphilis vorliegt, dürfte diese ätiologisch nicht in Betracht kommen. Wahrscheinlich handelt es sich um eine abnorme Form einer prämykotischen Erythrodermie mit Rücksicht auf die Infiltration einiger Flecke, die progressive, langsame Entwicklung, die umfangreichen, nicht von örtlichen Effloreszenzen abhängigen Drüsenschwellungen, den histologischen Befund (lymphozytäres Infiltrat des Papillarkörpers), den Blutbefund (mäßige Leukozytose und Eosinophilie).

E. Levin-Berlin.

British Medical Association. Dermatologische Sektion.

Sitzung in Bradford 1924.

Diskussion über karzinomatöse und vorkarzinomatöse Prozesse an der Haut (Discussion on the Cancerous and Precancerous Conditions of the Skin). (Brit. m. J., 1924, Nr. 3324, S. 457.) H. MacCormac-London: McC. bekämpft die Auffassung, daß das Ulcus rodens von den Basalzellen, der Plattenepithelkrebs von der Stachelzellenschicht der Epidermis ausgeht. Auch sei es nicht richtig, daß das Ulcus rodens meistens nur am Gesicht vorkomme, oder daß es in früherem Lebensalter aufzutreten pflege als

Digitized by Google

andere Krebsarten. Er führt einige Fälle mit viszeralen oder glandulären Metastasen an. Andererseits führt er auch 22 Fälle von Stachelzellenkrebs an, von denen 19 als frei von Metastasen angesehen werden können. Histologisch unterscheidet Redner drei Typen des Ulcus rodens: die reine Form, die Mischform und den unbestimmten Typ. Bei dem unbestimmten Typ handelt es sich um seltene Fälle, bei denen die Unterscheidung, ob es sich um Basalzellen oder Stachelschichtzellen handelt, sehr schwer zu treffen ist. Die Mischform hat er unter 16 Fällen dreimal angetroffen. Betreffs des Vorkommens von Fibrillen ist zu bemerken, daß dieselben sich nur einmal unter 14 speziell daraufhin untersuchten Fällen fanden. Erwähnenswert ist der prädisponierende Einfluß der Syphilis, zumal bei Krebsbildung an Schleimhäuten. Während bei 137 Fällen allgemeiner Lokalisation 15,3% Anhaltspunkte für eine vorherige Infektion ergaben, traf dies bei 23 Fällen von Zungenkrebs sechsmal zu und im ganzen für 21,7% der Mundschleimhautkrebse.

L. Savatard-Manchester: Die primären Hautkrebse lassen sich nach histologischen und klinischen Gesichtspunkten einteilen als 1. Plattenepithelkrebs, 2. Basalzellenkrebs, 3. Mischform (MacCormac-Darierscher Typ, der squamo-basale und der Übergangstyp), 4. Nävokarzinome. S. bespricht sieben verschiedene klinische Formen des Basalzellenkrebses: die oberflächliche narbige (das ursprüngliche Jacobsche Ulcus rodens), die hypertrophische, die zystische, die noduläre, indurierte, die morphöiforme, die gestielte und die szirrhotische. Er erwähnt drei Fälle mit Metastasen beim Basalzellentumor. An einigen Beispielen werden sodann die verschiedenen Unterabteilungen der Mischformen erläutert und die Zylindrome erwähnt, bei denen neben einem schwankenden Gehalt an basalen und Plattenzellen das Vorkommen von eigentümlichen zylindrischen und ovalen Massen von schleimiger Degeneration zwischen den eigentlichen Epithelzellen charakteristisch ist. Als Dermatosen, die wohl nicht direkt zur Entstehung von Karzinom Anlaß geben, aber nicht ganz selten damit kompliziert werden, sind zu nennen: a) als kongenitale: Nävi, Xeroderma pigmentosum; b) als akquirierte: Witterungsdermatosen, Strahlenaffektionen, Gewerbedermatosen durch chemische Agentien, Narben von Lupus vulgaris, Verbrennungen, Syphilis, Lupus erythematosus usw.

J. M. H. MacLeod-London betont die Zunahme von Karzinom auf lupöser Basis im Gefolge von Röntgenbehandlung des Primärleidens; ferner weist er, ohne das Vorkommen von Übergängen zu verkennen, auf den fundamentalen Unterschied zwischen Basalzellentumoren und Plattenepithelkrebs hin.

N. Walker-Edinburg findet den Namen Ulcus rodens unangemessen; die Annahme, daß die Affektion beim männlichen Geschlecht häufiger vorkomme als beim weiblichen, wird durch seine 18jährige Abteilungsstatistiken nicht bestätigt. Einer seiner Lupusfälle entwickelte 20 Jahre nach der Röntgenbehandlung ein Karzinom an der behandelten Stelle.

S. E. Dore-London erwähnt vier gegen Radium refraktäre Fälle von vermutlichem Ulcus rodens, welche sämtlich nach der Exzision sich als typische Basalzellenkrebse auswiesen.

H. MacCormac erkennt die Schwierigkeit der Diagnose ohne die Beihülfe einer Biopsie an. Wenn auch Metastasen bei Hautkrebs relativ selten sind, ist es entschieden ratsam, Stachelzellentumoren chirurgisch zu behandeln. Ohne die Benennung Ulcus rodens fallen lassen zu wollen, erstrebt er den Nachweis, daß diese Basalzellentumoren in engerer Verbindung mit dem Stachelzellenkrebs der Haut stehen, als gewöhnlich angenommen wird.

Jahresversammlung 1924.

Die Strahlenbehandlung in der Dermatologie, Referat (Discussion on Radiotherapeutics in Dermatologie, Opening Paper), von J. H. Sequeira-London. (Brit. m. J., 1924, Nr. 3325, S. 512.)

S. E. Dore-London: Bei Dermatosen erweisen sich im allgemeinen die Röntgenstrahlen als wirksamer als die wirksamen neueren Lichtquellen. Die Wirkung läßt sich klassifizieren als: 1. stimulierend bei Anwendung von kleinen Dosen (bei chronischem Ekzem, varikösen Ulzera, Lupus exulcerans); 2. hemmend und vernichtend auf junge, lebhaft wachsende Zellen (bei Karzinom, Sarkom, Mycosis fungoides); 3. als atrophierend und lähmend bei drüsigen Organen (Seborrhoe, Akne, Hyperidrosis); 4. als auflösend, keratolytisch bei hornartigen Gebilden (Warzen, Klavi, senile Keratosen); 5. als anästhesierend (bei Pruritus); 6. epilatorisch (bei Trichophyton tonsurans und Sykosis). Redner warnt auch vor längerer Fortsetzung der Bestrahlung bei Lupus vulgaris.

Digitized by Google

J. M. H. MacLeod wendet sich auch gegen den Gebrauch der X-Strahlen bei Hypertrichosis und mahnt zur Vorsicht bei der Behandlung von knotigen Gebilden wie bei Lepra wegen der Gangrängefahr.

N. Walker hat mit der Lichtbehandlung bei Psoriasis Enttäuschungen erlebt; für Lupus vulgaris gibt es aber nichts Besseres.

H. C. Semon-London hat nach Brock-Kiel bei zwei Fällen von Psoriasis (Mädchen im Alter von neun und zehn Jahren) die Röntgenbestrahlung der Thymusdrüse mit gutem Erfolge ausgeführt.

J. Hall-Edwards-Birmingham hat bei Lupus vulgaris auch gute Wirkungen der Röntgenstrahlen gesehen, doch gebraucht er jetzt lieber Radium in Verbindung mit Sonnenlicht.

Sequeira-London hat in 24jähriger Erfahrung mit der Finsenbehandlung des Lupus niemals die Entstehung eines Karzinoms als Folge derselben erlebt. Er beantragt, eine Warnung gegen den längeren Gebrauch der Röntgenstrahlen bei der trockenen Form des Lupus vulgaris zu erlassen. A. Philippi-Bad Salzschlirf.

Bücherbesprechungen.

Taschenbuch der Therapie, von M. T. Schnirer. (21. Ausgabe, RM. 3,90. Verlag Curt Kabitzsch, Leipzig 1925.)

Röntgentherapeutische Merkblätter für den praktischen Arzt, von Hans Fritsch, ehem. Direktor des Elisabethspitales in Teschen. (Franz Deuticke, Leipzig und Wien 1925.) Durch diese Merkblätter soll dem praktischen Arzt ein rascher Überblick über die Erkrankungen gegeben werden, die in den Indikationsbereich der Röntgenbehandlung fallen. Die Anordnung des Stoffes, teils nach Disziplinen (Chirurgie, Dermatologie usw.), teils nach Krankheitsgruppen (Tuberkulose, maligne Tumoren) ist keine sehr glückliche, besonders verfehlt ist die unter Urologie getroffene Zusammenstellung, unter der man syphilitische Bubonen wohl kaum suchen würde. Da Verf. schließlich doch ein alphabetisches Verzeichnis der Krankheiten beifügt, wäre es schon einfacher gewesen, dieses der Darstellung zugrunde zu legen. Im ganzen wird der praktische Arzt aus dem Buch nicht allzuviel entnehmen können, zumal es sich ja auch um zum großen Teil noch im Flusse befindliche Fragen handelt. Die Angaben über Bestrahlungsart und Dauer (1 Bestrahlung, 2—3 Bestrahlungsserien und ähnlich) sind in dieser Form ganz wertlos und überflüssig. E. Levin-Berlin.

Anleitung und Indikationen für Bestrahlungen mit der Quarzlampe „Künstliche Höhensonne", von H. Bach. (Verlag C. Kabitzsch, Leipzig 1925. Preis brosch. 4,50 RM.) Die neueste Auflage ist dem jetzigen Stande der Ultravioletttherapie entsprechend ergänzt. Der spezielle Teil mit den Indikationen der Quarzlampe in den einzelnen Spezialgebieten ist zum Teil von Fachärzten (Dermatologie: Keutel, Pädiatrie: Rohr, Ophthalmologie: Waubke) bearbeitet. Sämtliche Instrumentarien der Quarzlampengesellschaft m. b. H. in Hanau, auch alle Neuheiten, werden in einem besonderen Teil beschrieben. A. Holländer-Hamburg.

Strahlenbehandlung bei Hautkrankheiten, von F. Blumenthal. (Verlag S. Karger, Berlin 1925.) Zur Orientierung über die verschiedenen Arten der Strahlen-Dermo-Therapie war es bislang erforderlich, sich für jedes Gebiet ein einzelnes Werk zu beschaffen. Dieses Lehrbuch hilft diesem Mißstand ab, indem es sämtliche Strahlenarten bespricht. Jede einzelne der alten und neuen Quarzlampen, der Kohlenbogen-, der Glühlampen werden im physikalisch-technischen Teil beschrieben, die Unterschiede ihrer Wirkungsart erläutert und ihr Anwendungsgebiet festgelegt, so daß man tatsächlich, man kann sagen endlich alle die modernen künstlichen Höhen-, Ultra- usw. Sonnen auseinanderzuhalten vermag. Die notwendigen Apparate zur Erzeugung von Röntgenstrahlen sind in klarer Weise mit den notwendigen Details beschrieben. Da es sich um ein Lehrbuch zur Strahlenbehandlung bei Hautkrankheiten handelt, ist die Apparatur, wie sie in der intensiven modernen Tiefentherapie gebraucht wird, mit Recht nicht beschrieben. Alle zur Zeit gebräuchlichen Dosierungsmethoden werden, soweit sie für die Dermo-Therapie Anwendung finden können, erwähnt und ihre praktische Brauchbarkeit in Betracht gezogen. Bei der von Hans Meyer angegebenen Meßmethode fehlen leider einige für die Praxis wertvolle Tabellen. Für eine neue Auflage dürfte sich vielleicht empfehlen, die gangbarsten Hauttherapieröhren verschiedener Firmen kurz zu besprechen.

Digitized by Google

Im klinischen Teil werden nach Erörterungen über die biologischen Strahlenwirkungen die einzelnen Krankheiten aufgezählt und bei jeder einzelnen Krankheit die zu wählende Strahlenart notiert, die Dosen, der Gang der Behandlungsart und die praktischen Resultate. Gerade die vielseitige Indikationseinstellung bei einem so erfahrenen Radiologen gibt diesem Lehrbuch seinen wertvollen Inhalt für jeden Arzt. Es ist auch sehr zu begrüßen, daß nun endlich für die Strahlenbehandlung in der Dermatologie ein zusammenfassendes Lehrbuch von grundlegender Bedeutung erschienen ist. Die Ausstattung des Buches ist sehr gut, der Preis mäßig. Dem Dermatologen wird es interessieren zu erfahren, daß der Verf. in der Röntgentherapie kleine ungefilterte Dosen bevorzugt und daß er die Röntgen-Dauerepilation ablehnt. E. Hornemann-Lüneburg.

Die Konstitution als Faktor in der Pathologie und Therapie der Syphilis, von K. Schindler. (Verlag S. M. Karger, Berlin 1925.) Mit seiner vorliegenden Broschüre hat Verf., wie man sich auch zu den verschiedenen berührten Streitfragen stellen mag, einen neuen, sehr interessanten Beitrag geliefert, an dessen Inhalt niemand, der sich ernsthaft mit der Pathologie und Therapie der Lues beschäftigt, in Zukunft wird vorübergehen können. Unter anderem bespricht Verf. eingehend die Bedeutung der Konstitution als Faktor in der Pathologie und in der Therapie, um hier besonders deutlich unsere Abhängigkeit in der individuellen Beurteilung jedes einzelnen Falles von diesem mächtigen Faktor zu zeigen. Er negiert u. a. die Annahme der verschiedenen Spirochätenarten, wie neurotropes, hepatotropes Virus, und sieht die Hauptursache für das verschiedenartige Auftreten der Lues in den Bedingungen des Organismus, wenngleich er darin manchmal auch ein wenig zu weit zu gehen scheint, wie auch in anderen Fragen, wie die Bedeutung der Lues für den Ehekonsens, wobei er keinem ehemaligen Luetiker diesen bewilligen will. Auch der schematischen Abortivheilung, wie jedem Schematismus in der Therapie, steht er infolge seiner konstitutionellen Einstellung ablehnend gegenüber. Die WR kann nur im Verein mit anderen Symptomen von einem kritischen Diagnostiker richtig gewertet werden, allein als Laboratoriumsbefund ist sie ohne Bedeutung, da weder die negative Reaktion bei vorhanden gewesener Lues, noch die positive ohne irgend welche luetischen Erscheinungen viel bedeutet. Die Lektüre dieser Broschüre kann nur aufs wärmste empfohlen werden, denn sie regt gerade durch ihren vom üblichen vielfach abweichenden Standpunkt dazu an, auch unter anderen Gesichtspunkten die Behandlung und die Pathologie der Lues zu betrachten, und sie vergegenwärtigt uns den bedeutenden Machtfaktor der persönlichen Konstitution des Kranken, ohne deren Berücksichtigung wir nur Krankheiten aber keine Kranken behandeln. E. Langer-Berlin.

Mitteilungen aus der Literatur.

Benigne Neubildungen und Mißbildungen.

Über die Ursachen der Muttermäler, von H. W. Siemens. (M. m. W., 1924, Nr. 35, S. 1202.) Siemens weist die Ausführungen Meirowskys als nicht stichhaltig zurück. Die Nävi seien nicht in entscheidender Weise erblich bedingt; der „keimplasmatischen Nävustheorie" Meirowskys sei auf Grund der Zwillingsbefunde von Siemens der Boden entzogen. A. v. Notthafft-München.

Zur Frage der Erblichkeit der Muttermäler, von F. Lenz-München. (M. m. W., 1924, Nr. 39, S. 1365.) Klarstellung einer gebrauchten Geschwulstbezeichnung.

Die Ätiologie der Muttermäler, von Meirowsky-Köln. (Ebenda.) Schlußwort.

Die Ätiologie der Muttermäler, von H. W. Siemens. (Edenda.) Ebenfalls Schlußwort. Beide Verfasser halten an ihren Meinungen fest.

A. v. Notthafft-München.

Ein Fall von multiplem Leiomyom der Haut (A Case of Multiple Cutaneous Leiomyoma), von K. P. Frost-Los Angeles. (J. Am. m. Ass., 1924, Bd. 83, Nr. 12, S. 906.) Beschreibung eines der seltenen Fälle von multiplem Leiomyom der Haut. Die Geschwülste von Erbsen- bis Eigröße entwickelten sich bei einer sonst ganz gesunden Frau im Laufe einiger Jahre am Rumpf und den Armen. Charakteristisch sind die hierbei auftretenden paroxysmalen Schmerzen. Mikroskopisch bestehen die Tumoren aus glatten Muskelfasern mit wenig kollagenen Fasern dazwischen ohne eigentliche Kapsel. Eine Verwandtschaft mit gewissen Nävusformen scheint zu bestehen.

A. de Lemos-Hamburg.

Digitized by Google

Ein Fall von sogenannter totaler Fibroadenomatose der Mamma, von St. Ritter v. Linhardt, Path.-Anat. Inst. Erlangen. (Frankf. Zschr. f. Path., 1924, Bd. 30, S. 304.) Beschreibung eines Falles von totaler Fibroadenomatose der rechten Mamma bei einer 60jährigen Frau. Der etwa mannskopfgroße Tumor bewirkte schließlich durch Druck die Atrophie der bedeckenden Haut und stellenweise infolge mangelnder Ernährung geschwürigen Zerfall, ohne daß es irgendwo zu maligner Wucherung gekommen wäre. B. Peiser-Berlin.

Zur Lehre der Lipome der Mamma und der Lipome im allgemeinen, von P. Meyer, Path.-Anat. Inst. Zürich. (Frankf. Zschr. f. Path., 1924, Bd. 30, S. 490.) Die Lipome der Mamma sind ziemlich selten; meist handelt es sich um extraglanduläre, entweder retromammär oder subkutan gelegene Geschwülste, während die intraglandulären Lipome viel weniger häufig sind. Die letzteren treten in Form von diffusen periazinösen oder umschriebenen lappigen Tumoren auf. Nicht selten finden sich in diesen Lipomen breite Bindegewebssepten. Während solche Fibrolipome der Mamma in größerer Zahl beschrieben worden sind, gibt es nur wenige Fälle in der Literatur, wo die Geschwulst außerdem noch epitheliale Bestandteile aufweist. Ein solches Fibrolipoadenom der Mamma beschreibt Verf. Es stammt von einer 27jähr. Frau und zeichnet sich dadurch aus, daß es sich nicht, wie bei den sonst beschriebenen, um einen Mischtumor handelt, bei dem der lipomatöse Anteil im Vordergrund steht, sondern die fibroadenomatösen und die lipomatösen Anteile sind durch Bindegewebssepten scharf voneinander getrennt. Verf. sieht diese Kombination beider Geschwülste als Beweis dafür an, daß auch die Lipome in gleicher Weise, wie es für die Adenome angenommen wird, auf kongenitale Anomalien zurückzuführen sind.
B. Peiser-Berlin.

Völlig ausgebildete Recklinghausensche Krankheit mit Befund am Liquor, „Spina bifida occulta" und Melanodermien bei der Nachkommenschaft (Maladie de Recklinghausen complète avec réaction méningée „spina bifida occulta" et descendance mélanodermique), von Laignel-Lavastine und Dauptain. (J. de Méd. de Paris, 1924, Nr. 42, S. 879—880.) Es findet sich bei dem Pat. die ausgebildete Recklinghausensche Tetrade: Ausgebreitete Pigmentierungen, in kleinen lentiginösen Flecken und in ausgedehnten café au lait-Flecken, Nävi, Neurofibrome, psychische Störungen. Im Liquor leichte Lymphozytose ohne Albuminose, WR negativ. Spina bifida occulta. Für familiäre Beziehungen der Recklinghausenschen Kranheit sprechen Pigmentierungen der verschiedenen Formen bei einer Tochter des Kranken.
E. Levin-Berlin.

Die angeborenen Fisteln bzw. Schleimhauttaschen der Unterlippe, von H. Hilgenreiner-Prag. (D. Zschr. f. Chir., 1924, Bd. 188, H. 3—4, S. 273—309.) Diese Form der angeborenen Mißbildungen gehört zu den seltensten. Es werden drei bei einer Mutter und ihren beiden Kindern beobachtete Fälle beschrieben und ungefähr 50 weitere Fälle aus der Literatur zusammengestellt. Es fällt dabei die Häufung in einzelnen Familien, die ausgesprochene Erblichkeit der Erkrankung, das vorwiegende Befallenwerden weiblicher Personen auf; noch auffälliger ist das fast regelmäßige gleichzeitige Vorkommen einer schweren Spaltbildung im Bereiche des Oberkiefers (meist beiderseitige Lippen-, Kiefer- und Gaumenspalte). Diese und auch andere Mißbildungen kommen auch bei anderen Mitgliedern der Familien vor. Das äußere Bild der Fisteln ist ein sehr mannigfaltiges, ihre Ätiologie ist noch unbekannt, keine der zu ihrer Erklärung aufgestellten Theorien hat allgemeine Anerkennung gefunden. Verf. ist geneigt, die Genese auf einen pathologischen Furchungsprozeß der Unterlippe parallel dem Lippenrande (Doppelbildung?) zurückzuführen.
E. Levin-Berlin.

Regressive Störungen und Atrophien.

Xanthoma und Xanthosis (Xanthoma and Xanthosis), von M. J. Stewart-Leeds. (Brit. m. J., 1924, Nr. 3333, S. 893.) Die pathologische Ansammlung von Cholesterinfett kann beruhen entweder auf lokalen Gewebsveränderungen (Nekrose, chronisch entzündlichen Prozessen, Retention von lipoidreichen Sekreten und Ausschwitzungen) oder andererseits auf einem Überschuß von Cholesterin im Blute (Xanthosis). Als eine dritte Gruppe kann man die Fälle betrachten, bei denen, wie beim Adenom der Nebennierenrinde, das Ansammeln von Cholesterin als eine Fortsetzung der normalen Tätigkeit der betreffenden Zellen gelten muß. Normalerweise wird der Cholesteringehalt des Blutes auf 0,11 bis 0,18% berechnet. Bei der

Digitized by Google

Blutuntersuchungen von 6 Fällen von Xanthoma palpebrarum wurden im Laboratorium von St. Beträge von 0,124 bis 0,4% gefunden. Bei einem Fall von X. diabeticorum fanden sich Mengen von 3,8% und 4,2%, und auch beim X. tuberosum und X. multiplex hat man erhebliche Überschreitungen der Norm beobachtet. Von inneren Erkrankungen, welche auf Hypercholesterinämie beruhen, bespricht Verf. noch die sog. Erdbeerengallenblase, die Cholesteatomata der Plexus choreoidei und die beim Atherom der Arterien zu beobachtenden Prozesse. Auf lokale Gewebsläsionen als Grundursache zurückzuführen sind die Prozesse bei der Myelinniere, bei subakuter und chronischer Salpingitis und sonstigen Abszessen, bei Retentionszysten der Mamma, zerebralen Erweichungsprozessen und nekrotisierenden, chronisch entzündlichen Vorgängen der Schilddrüse, sowie bei Dermoidzysten. Von den mehr die Körperoberfläche betreffenden Vorgängen kommen in Betracht die Myeloidtumoren der Sehnenscheiden, welche Verf. als echte Tumoren, und zwar Epitheliome, anspricht, die subakute Entzündung des Fettgewebes und Mykosis fungoides. Bei einem zur Obduktion gekommenen Fall des letzteren Leidens fand St. neben Ablagerungen von Hämosiderin auch reichliche lipoide Residuen nebst den bekannten Schaumzellen. A. Philippi-Bad Salzschlirf.

Fingergangrän der Sklerodermie (Gangrene of Finger due to Scleroderma), von J. Gottesman, New York. (J. Am. m. Ass., 1924, Bd. 83, Nr. 15, S. 1162.) Bei einer 28jährigen Patientin mit schwerer Sklerodermie kam es zu einer Gangrän der distalen Hälfte der Endphalanx des rechten Zeigefingers. R. Ley-Kreuznach.

Die Behandlung der variköseu Geschwüre (Traitement des ulcères variqueux), von Cheramy und Valentin. (J. de Méd. de Paris, 1924, Nr. 35, S. 732—733.) Empfehlung des Zinkleimverbandes unter Abänderung der ursprünglichen Unnaschen Formel. Um die Gefahr der Übertragung von Tetanus durch die Gelatine zu vermeiden, wird ein die Sterilisierung gewährleistendes Verfahren zur Herstellung des Zinkleimes angegeben. E. Levin-Berlin.

Über Ulcus-cruris-Behandlung, von F. W. Zinn-Ostrau. (Ther. d. Gegw., 1924, Jahrg. 65, H. 11, S. 528.) Nach Abdecken der umgebenden Hautpartien tägliches Bespülen der ganzen Ulkusfläche mit unverdünntem H_2O_2, danach, ohne die Reste des H_2O_2 abzutupfen, unter weitestgehender Berücksichtigung der noch gesunden Haut Borsalbe, strikte Bettruhe und Hochlagerung des Beines.
M. Gumpert-Berlin.

Kutane Streifen, die als Striae gravidarum und Striae pubertatis in der Gynäkologie bekannt sind, bei einem 32jährigen Manne, von J. S. Galant-Moskau. (Zbl. f. Gyn., 1924, Nr. 48, S. 2656.) Verf. hält das Vorkommen von kutanen Streifen beim Manne, wie wir sie bei der Frau als Schwangerschaftsstriae zu sehen gewohnt sind, für außerordentlich selten, und teilt deshalb eine Beobachtung von Striae an den Oberschenkeln eines Mannes mit. F. Landauer-Berlin.

Maligne Neubildungen.

Welche Vorstellungen sind heute über Entstehung und Heilbarkeit des Krebses erlaubt?, von E. Opitz, Frauenkl. Freiburg. (M. m. W., 1924, Nr. 21, S. 668.) Eine Vererbung der Anlage zum Krebs kommt vor, tritt aber gegenüber anderen Ursachen an Bedeutung zurück. Der Krebs ist mehr eine Krankheit des Alterns als des Alters. Aus Tierversuchen über Hervorbringung von Krebsen durch Reize dürfen nicht ohne weiteres analoge Schlüsse auf den Menschen gezogen werden. Beim Menschen bringen Reize nur ein Karzinom hervor, wenn der Reiz ein zur Erkrankung veranlagtes Wesen trifft. Im Impfkrebs sieht Opitz den Vertreter gut ausgebildeter Eigenschaften, die allen Krebsen, nur in verschieden ausgesprochenem Maße, zukommen. Beim Krebs ist eine Stoffwechseländerung festzustellen. Für den Ausbruch der Krankheit ist eine allgemeine und örtliche Anlage anzunehmen. Unter Krebszellen sollen nicht nur Epithelzellen zu verstehen sein, denn das typische Wachstum der Epithelien hängt ja vom Bindegewebe ab. Von einer Heilung des Krebses kann erst dann gesprochen werden, wenn die Neigung zu neuer Erkrankung völlig beseitigt ist. Für die Behandlung des Krebses ist es wesentlich, nicht nur örtlich den Krebs mit Hilfe der verschiedensten Methoden zu beseitigen, sondern auch die Behandlung des Gesamtorganismus nicht zu vernachlässigen.
A. Holländer-Hamburg.

Digitized by Google

Untersuchungen über Krebsbildung, von R. Bierich. (Kl. W., 1924, Nr. 47. S. 2151.) Bei der Krebsbildung kommt es zur Entstehung von Milchsäure, die in das angrenzende Gewebe diffundiert und zu Alkaliazetat gepuffert wird. Dadurch wird das Gewebe unter gleichzeitiger Adsorption der Milchsäure an die Strukturoberfläche abgebaut, wobei sich zwei Erscheinungen als beweisend hierfür nachweisen lassen: 1. eine anfängliche Quellung und anschließende Auflösung der fibrillären Struktur und 2. das Auftreten von Hydrolyseprodukten, unter denen neben Na, Ca, Mg und Si eine Rolle spielen, besonders letzteres durch seinen färberischen Nachweis durch die Resorzinfuchsinfärbung. Auf diese Weise kann nachgewiesen werden, wie mit dem Einwuchern der Krebszellen die Milchsäurezone in das angrenzende normale Gewebe weiter vorrückt. Die Quellung der kollagenen Fasern erfolgt durch schwach saures, die Entquellung durch schwach alkalisches Laktat, und beide Verbindungen greifen an der Si-Verbindung der kollagenen Faser an, was sich durch Färbbarkeit resp. Nichtfärbbarkeit durch Resorzinfuchsin nachweisen läßt.

Erich Langer-Berlin.

Alimentäre Leukopenie und Karzinom, von H. Seidl, Chir. Kl. Erlangen. (M. m. W., 1924, Nr. 49, S. 1722.) Die Nachprüfung der Simonschen Resultate (M. m. W., 1924, Nr. 4) gab wohl deren Bestätigung insofern, als bei Karzinom ein hoher Prozentsatz der Fälle mit alimentärer Leukopenie reagierte; Kontrolluntersuchungen an Gesunden aber zeigten bei über 20% Leukozytensturz. Damit verliert die an sich bestechende Methode den erhofften diagnostischen Wert. Die meisten positiven Resultate gaben auffallenderweise die Hautkarzinome. R. Hölscher-Hamburg.

Die bösartigen Geschwülste und die Oberflächenspannung, von B. M. Solowiew-Kiew. (Zschr. f. Krebsforsch., 1924, Bd. 21, H. 6, S. 456.) Aus tiefer gelegenen, nicht nekrotisierten Teilen von frisch operierten malignen Geschwülsten wurde ein 10%iger wässeriger Extrakt hergestellt und die Oberflächenspannung dieses Extraktes nach Filtration mit der Steigröhrenmethode bestimmt. Die Extrakte aus bösartigen Geschwülsten haben eine bedeutend erniedrigte Oberflächenspannung im Vergleich zu den Extrakten aus gutartigen Neubildungen und normalem Gewebe. Die Erniedrigung scheint der Malignität parallel zu gehen. R. Ley-Kreuznach.

Der Einfluß der künstlichen Oberflächenspannungserniedrigung auf das Wachstum transplantabler Karzinome, von C. Kagen-Petersburg. (Zschr. f. Krebsforsch., 1924, Bd. 21, H. 6, S. 453.) Ein Brei aus einem gut wachsenden, durch Implantation entstandenen Adenokarzinom der Maus wurde auf vier Serien von weißen Mäusen in doppelter Weise überimpft: einmal aufgeschwemmt in physiol. Kochsalzlösung, zum anderen die gleiche Mischung versetzt mit Tributyrin (1 Tropfen auf 100 ccm). Es zeigte sich, daß die Tumoren auf der Tributyrinkochsalzseite durchweg viel größer entwickelt waren als der reinen Kochsalzseite. R. Ley-Kreuznach.

Weitere Untersuchungen zur Geschwulstfrage, von G. Kelling-Dresden. (Arch. f. kl. Chir., 1924, Bd. 132, H. 1, S. 95.) Verf. hat bei seinen Versuchen, Geschwülste experimentell zu erzeugen, festgestellt, daß es mehr Geschwulstformen gibt als Zellarten, nämlich sowohl die homöotypen, deren Entstehung sich direkt vom Mutterboden ableiten läßt, und die heterotypen, bei denen dies nicht gelingt. Will man eine einheitliche Erklärung finden, so muß man sich an die Keimzellen, die Embryonalzellen, die in den Keimdrüsen der Föten sich befinden, halten, die auch in bezug auf Vielseitigkeit, Anpassungsfähigkeit, Wucherungsfähigkeit und Entwicklungsfähigkeit fast omnipotent sind. Verf. konnte nun an Experimenten zeigen, daß embryonale Gewebe, auf artfremde Tiere übertragen, unter Erhaltung ihres Zellcharakters wuchern und dadurch heterotype Geschwülste erzeugen können, so z. B. Hühnerembryonen auf Tauben, Plazentarzotten vom Meerschweinchen auf Mäusen usw. Andererseits traten durch Injektionen von Ovarien von Meerschweinchenföten bei manchen Mäusen Lymphome, symmetrische Schwellung der Speicheldrüsen mit Rundzelleninfiltraten (ähnlich der Mikuliczschen Krankheit) auf. Mischung von Ovarien von Meerschweinchenföten mit fötalem Meerschweinchenhoden ergab Geschwülste, Impfung mit dieser fertigen Mischung von Ovarien und Hoden artgleicher Föten aber nicht.

A. Rosenburg-Mannheim.

Die Dauer des Krebses bei naturgemäßem Verlauf (The Natural Duration of Cancer), von W. S. Lazarus-Barlow u. J. H. Leeming. (Brit. m. J., 1924, Nr. 3320, S. 266.) Um einen Anhaltspunkt zu gewinnen zur Beurteilung der Frage, wie lange ein Karzinom bei unbeeinflußtem Verlauf bestehen bleiben kann bis zum Tode des

Digitized by Google

befallenen Individuums, haben Verff. die Krankenberichte von 40 Jahren (1883 bis 1922) aus dem Middlesex-Hospital in London durchgearbeitet und Statistiken aufgestellt, bei denen sie je nach der Lokalisation (Mamma, Cervix uteri, Rektum, Zunge und Mund, Lippe, Wange usw.) die durchschnittliche Lebensdauer der Kranken nach dem ersten Auftreten der Neubildung bei mehr als 2000 Fällen ausgerechnet haben. Als therapeutisch unbeeinflußt galten ihnen dabei alle Fälle, bei denen nur palliative Mittel zur Anwendung kamen. Nach Monaten berechnet, ergab sich eine durchschnittliche Lebensdauer bei Lokalisierung an der Mamma von 59,3, am Rektum 61,6, an der Zervix 66,6, an Zunge und Mund 65,8, an der Lippe 63,2, an der Wange 48,3 für Männer und 57,1 für Frauen, an der Haut 60,0, an der Harnblase: Männer 71,4. Frauen 55,5, an der Prostata 66,6, am Penis 57,1.

A. Philippi-Bad Salzschlirf.

Der serologische Krebsnachweis nach Kahn, von H. E. Büttner., Path. Inst. Bremen. (Kl. W., 1924, Nr. 38, S. 1720.) Die Kahnsche Reaktion auf maligne Tumoren, die wahrscheinlich auf einer Albuminverminderung beruht, ist für die Differentialdiagnose praktisch kaum brauchbar, da zu viele andere Krankheitsprozesse, die differentialdiagnostisch von großer Bedeutung sind, mit reagieren. Der positive Ausfall beträgt etwa 60%, dabei reagieren Hautkarzinome nicht nach der Methode. Ob sie für die Frühdiagnose in Betracht kommt, ist sehr zweifelhaft. Somit kann sie wegen ihrer hohen Unspezifität in fraglichen Fällen praktisch kaum in Betracht kommen.

E. Langer-Berlin.

Über Haut und Krebs und über intrakutane Krebsdiagnostik, von F. Hoff und K. Schwarz, Städt. Krankenanst. Kiel. (M. m. W., 1924, Nr. 25, S. 816.) Mit ihren Krebssera, die von röntgenisierten Krebsträgern aus dem Blute gewonnen waren, erreichten die Verff. bei ihren Krebskranken in jedem Falle, wenn auch nicht bei jedem Versuche, eine positive Reaktion: violetter Hautfleck, am besten entwickelt 48 Stunden nach intrakutaner Einverleibung des Serums. Positive Reaktionen bei nicht Krebskranken scheinen sehr spärlich zu sein und einer besonderen Krankheitsgruppe zuzugehören. Daß die Verff. einmal mit dem Serum eines Melanosarkomkranken bei Karzinom Reaktion erzielten, ist von Interesse angesichts der schwankenden Stellung des Melanosarkoms im System Karzinom-Sarkom. Daß bei Krebs Immunisierungsvorgänge vorkommen, wird auch dadurch wieder nahegelegt, daß eine seit Jahren geheilte Brustkrebskranke noch Krebsreaktion zeigte. Tuberkulose und Lues reagieren nicht (Gegensatz zur Krebsreaktion Boyksens). Versuche mit dem Krebsserum Tumorzidin ergeben nichtspezifische schwarzblaue Flecken bei Krebskranken wie Krebsfreien. Sterbende Krebskranke verlieren zum Teil die Fähigkeit zu reagieren. Postmortale Untersuchungen an Impfflecken ergeben eine deutliche Vermehrung der elastischen Fasern an der Impfstelle. Da Bierich solches auch unter beginnenden Krebsen gefunden hat, fassen Verff. den Vorgang als spezifisch auf. Es dürfte sich nicht um neu entstehende echte elastische Fasern, sondern um kolloidchemische Zustandsveränderungen handeln; denn sie sind schon 12 Stunden nach der Injektion da.

A. v. Notthafft-München.

Zur Frage der Erblichkeit des Krebses, von H. Wachtel-Krakau. (M. m. W., 1924, Nr. 26, S. 852.) Indem Verf. seine Erhebungen nur bei dem intelligenten Teil der Bevölkerung anstellte, konnte er in ungeahnt hohem Maße Krebsfamilien nachweisen. Krebs kann hereditär bedingt sein und kann erworben werden. Letztere Fälle machen 40% aus. Für erstere gelten die Mendelschen Gesetze: die Vererbung besitzt rezessiven Charakter. Die Krebsbehandlungsmethoden bilden ein vortreffliches Mittel gegen den erworbenen Krebs, sind aber dem erblichen Krebs weniger gewachsen. (Krebsige Entartung an anderen Stellen.) Als Krebsprophylaxe empfiehlt sich für Wachtel die Verhinderung der Fortpflanzung bei Nachkommen aus Krebsfamilien. Die Zunahme der Krebskrankheit wird mit der Zunahme des Verkehrs erklärt: die Angehörigen von Krebsfamilien verheiraten sich heute leichter mit den Nachkommen krebsfreier Kreise.

A. v. Notthafft-München.

Zur Frage der Erblichkeit des Krebses, von O. Schneider-Halle a. S. (M. m. W., 1924, Nr. 33, S. 1134.) Die Forderung Wachtels, die Kindererzeugung von Angehörigen von Krebsfamilien zu verbieten, forderte zum Widerspruch heraus. Schneider weist auf die Gefährlichkeit und Wertlosigkeit eines solchen Tuns hin.

A. v. Notthafft-München.

I. Krebserzeugung durch lokale Reize bei gleichzeitiger Cholesterinfütterung, von M. Borst, Path. Inst. Univ. München. (Zschr. f. Krebsforschg., 1924, Bd. 21, H. 5,

Digitized by Google

S. 337—340.) Kaninchen, die teils mit Rohparaffinöl, Teer- und β-Naphthylamin am Ohr gepinselt wurden oder denen Rohparaffinöl unter die Ohrhaut gespritzt wurde, erhielten Cholesterinnahrung. Den Tieren wurden außerdem Metallmarken durch die Ohren gesteckt. Am gereizten Ohr bildeten sich entzündliche Xanthelasmen, wie mikroskopisch festzustellen war. An der Stelle der Metallmarken bekamen die Tiere Fibrome. Bei einem Tier konnte durch fortgesetzte Probeexzision am rechten Ohr die Entwicklung eines Karzinoms verfolgt werden. An der Nackenhaut zeigte sich ein ulzeriertes Infiltrat, das sich histologisch auch als Karzinom erwies. Das Fibrom war übrigens frei von elastischen Fasern, die Krebsbildung spielte sich also hier ohne Beteiligung der elastischen Fasern ab. Bei einer zweiten Versuchsreihe zeigte sich, daß die Cholesterintiere am gepinselten Ohr stärker reagierten; das Ohr schwoll stärker an und zeigte stärkere Erhitzung; die Wucherungen traten frühzeitiger auf, damit mögen z. T. die stärkeren Wucherungen zusammenhängen. Es bestanden allerdings auch individuelle Verschiedenheiten, so daß ein wirklich eindrucksvoller Unterschied in den erzeugten Neubildungen nur in rund 40% der Cholesterintiere hervortrat.

A. Holländer-Hamburg.

II. Über Teerkarzinoide, von M. Borst, Path. Inst. Univ. München. (Zschr. f. Krebsforschg., 1924, Bd. 21, H. 5, S. 341—343.) Bei einer Versuchsreihe von normal und mit Cholesterin gefütterten und mit einer Mischung von Teer und Rohparaffinöl am Ohr gepinselten Kaninchen fiel das multiple Hervortreten von umschriebenen knotigen Infiltrationen am Ohr auf; mikroskopisch wurde Plattenepithelkrebs festgestellt. Ein solches „Karzinom" bildete sich aber nach der Probeexzision wieder völlig zurück, so daß nur noch eine flache, kaum sichtbare Narbe übrigblieb. Gleichzeitig ließen die allgemeinen entzündlichen Erscheinungen an den betreffenden Ohren nach. Alle diese Veränderungen fielen zeitlich mit einer Ernährungsänderung zusammen, so daß hier vielleicht ein ursächlicher Zusammenhang vorliegt. Die Rückbildung der histologisch krebsartigen Neubildungen zeigt, daß es sich nur um karzinomähnliche Epitheliome, um Karzinoide handelt. Diese Feststellung zeigt, daß bei Teerversuchen man mit der Diagnose Karzinom vorsichtig sein muß. Borst glaubt nicht, daß es sich bei der Karzinomentstehung um einen spezifischen Reiz handelt. Er mißt der Entzündung eine große Bedeutung bei; die Krebsentstehung beruht auf einer Störung des Bindegewebsepithelgleichgewichts. Ebenfalls wirken allgemeine Faktoren mit, die Versuche an Cholesterintieren haben ihn in dieser Überzeugung bestärkt.

A. Holländer-Hamburg.

III. Über die Entstehung des bindegewebigen Stromas in Teerkarzinoiden, von M. Borst, Path. Inst. Univ. München. (Zschr. f. Krebsforschg., 1924, Bd. 21, H. 5, S. 344—347.) Bei mit Rohparaffinöl und Teer gepinselten Kaninchen, bei denen sich Karzinoide entwickelt hatten (siehe vorstehende Referate von Mitteilung I und II), hatte das Stroma dieser Karzinoide den Charakter eines neugebildeten, der epithelialen Wucherung zugehörigen Stützgerüstes. An manchen Stellen hatte es das Aussehen des embryonalen Bindegewebes. Auf Grund seiner histologischen Befunde (3 Abbildungen sind beigegeben) stellt Borst fest, daß Parenchym und Stroma seiner Teerkarzinoide in gewissen Entwicklungsphasen eine Einheit in der Form eines protoplasmatischen Synzytiums darstellen und daß unterscheidbare Grenzen sich erst bei fortschreitender Differenzierung ausbilden. A. Holländer-Hamburg.

Die experimentelle Erzeugung von Röntgenkarzinomen beim Kaninchen, nebst allgemeinen Bemerkungen über die Genese der experimentellen Karzinome, von Br. Bloch, Dermatol. Klin. Zürich. (Schweiz. m. W., 1924, Nr. 38, S. 857—865.) Nach vielen vergeblichen Versuchen glückte die Erzeugung echter, sogar relativ maligner und teilweise metastasierender Hautkarzinome bei zwei Kaninchen, und zwar an den Ohren, an denen spontanes Karzinom nicht bekannt ist. Gegenüber anderen Methoden der experimentellen Karzinomerzeugung hat die Röntgenbestrahlung den Vorzug, daß das Allgemeinbefinden der Tiere nicht berührt wird; allerdings müssen sie lange genug leben, damit es zu der Entwicklung des Karzinoms kommt (hier ungefähr 3 Jahre). Die Entstehung des Karzinoms scheint von der gesamten verabfolgten Strahlenquantität abhängig zu sein, die Dosis liegt zwischen 1200 und 2000 X. Die Dauer der Bestrahlung kommt dabei nicht in Betracht. Zuerst zeigte sich regelmäßig eine sehr intensive Hyperpigmentation, der nach langer Zeit partielle Depigmentation folgt; an den Haaren macht sich sehr bald Verlust des Pigmentierungsvermögens geltend. Es läßt sich daraus schließen, daß einen der Angriffspunkte der X-Strahlen die endozellulären Fermente bilden. Ferner zeigen sich

Digitized by Google

Atrophie der Haut, Gefäßalterationen (Teleangiektasien), Hyperkeratosen mit vorwiegend follikulärer Lokalisation, Nekrotisierung, Ulzeration, die zur Abstoßung der distalen Ohrpartie führt; aus dem ulzerösen Rande des stehengebliebenen Ohrteiles entwickelt sich das Karzinom, das, einmal entstanden, auch nach Aufhören der Bestrahlungen weiterwächst; es kann auch erst zu dieser Zeit sich entwickeln. Die Entwicklung geschieht auf dem Boden eines Ulkus, verruköse Effloreszenzen, die sich vorher gebildet hatten, erwiesen sich als durchaus benigne Epitheliome. Das Allgemeinbefinden bleibt noch lange nach Auftreten des Karzinoms gut, ändert sich erst im Anschluß an die Metastasierungen. Histologisch handelte es sich beidemal um Kankroide, deren Elemente dem Typus der Stachelzellen entsprachen. Die bisherigen Erfolge der experimentellen Krebserzeugung zeigen, daß die parasitäre Theorie und die Lehre von den embryonalen Keimen nur noch für Einzelfälle oder bestimmte Kategorien eine Bedeutung haben. Der Krebs ist aufzufassen als eine eigentümliche Reaktion der lebenden Zelle auf sehr verschiedene exogene und endogene Reize. In bezug auf diese Reize kann man von einer relativen Spezifität sprechen: nicht jeder Reiz wirkt, selbst bei langdauernder Einwirkung, karzinogen, und der hierzu geeignete Reiz wird wirksam nur auf bestimmtem, empfänglichen Boden (Disposition!). Die Karzinomentwicklung tritt oft erst lange, nachdem der Reiz fortgefallen ist, ein; das ist für die Anamnese Krebskranker von Wichtigkeit. Die bekannte Eigenschaft der Röntgenstrahlen, auf den Kernapparat der Zelle einzuwirken, kann vielleicht ihre spezifisch karzinogene sein, und man könnte dann annehmen, daß überhaupt diejenigen chemischen und physikalischen Reize karzinogen wirken, welche am Kern ihren Angriffspunkt finden. Die Tatsache, daß die einmal durch ev. nukleäre Umstimmung (Kanzerisation) zu einer malignen proliferierenden gewordene Zelle auf unzählige Tochterzellen diesen neuen Charakter trotz Fortfalles der ursprünglichen Proliferationsreize vererbt, führt zu der Annahme, daß durch den „Reiz" in der Zelle bzw. dem Kern ein normalerweise die Vermehrung hemmendes Prinzip vernichtet ist. Das spezifische eines exogenen oder endogenen, karzinomerzeugenden Faktors läge also für ein bestimmtes Terrain, eine bestimmte Zelle in seiner Affinität zu diesem (intranukleären?) Regulationsmechanismus. E. Levin-Berlin.

Erzeugung von Teergeschwülsten bei der Maus in sukzessiv behandelten Zonen (Produzioni di tumori di catrame nel topo in zone successivamente trattate), von M. Truffi-Catania. („La Riforma medica", 1924, Nr. 42.) Bericht über die Erzeugung von künstlichen Karzinomen bei 16 weißen Mäusen. Resultate: bei 4 Tieren treten bei 4—5tägiger Pinselung der Haut der Lumbo- und Sakralgegend nach etwa 100 Tagen, und bei Pinselung der Nackengegend nach 63—67 Tagen warzenähnliche Formationen auf. In der Sakral- und Lumbalgegend verwandeln sich diese dann in 163—230 Tagen in wahre Tumoren bei allen 4 Fällen, am Nacken bei 2 Fällen, und in einem der Fälle traten Metastasen in den Lungen auf. Verf. konnte die Ansicht von Parodi bestätigen, daß der an einer Stelle applizierte Teer nicht nur keine Immunität, sondern sogar Hypersensibilität der übrigen normalen Haut hervorruft, im Gegensatz zur Ansicht von Sachs und Takenomate. E. Freund-Triest.

Über das Verhalten des Hautorgans geteerter Mäuse, von B. Lipschütz. (Kl. W., 1924, Nr. 49, S. 1258.) Vergl. Derm. W., Bd. 79, S. 1621.

Über das Vorkommen neoplastischer Bakterien in menschlichen Krebsgeschwülsten, von F. Blumenthal, H. Auler u. P. Meyer, Univ.-Inst. f. Krebsforschg. Charité Berlin. (Zschr. f. Krebsforschg., 1924, Bd 21, H. 5, S. 387—410.) Mitteilung von ausgedehnten Versuchen, bei denen es zum ersten Male gelang, aus den verschiedensten menschlichen Karzinomen Parasiten zu gewinnen und in Reinkultur zu züchten. Mit diesen Kulturen konnten experimentell an Tieren bösartige Geschwülste erzeugt werden. Histologisch zeigten sie meist Sarkom- oder Karzinomcharakter. Sie bildeten Metastasen. Auch an Pflanzen konnten mit diesen Kulturen Tumorbildungen hervorgerufen werden. Verff. glauben, daß die von ihnen weitergezüchteten neoplastischen Bazillenstämme dem Bact. tumefaciens nahestehen und mit diesem zusammen die sog. neoplastische Gruppe bilden. Die gezüchteten Parasiten können an sich als Krebserreger in Betracht kommen, oder mit ihnen kann ein unsichtbares Virus übertragen und fortgezüchtet werden. Um wirklich maligne transplantable Tumoren zu erlangen, bedurfte es noch eines Reizmittels, des Kieselgurs. Ohne ihn gingen die Tumoren wieder zurück. Der Kieselgur ist im Experiment das, was bei der spontanen Karzinomentstehung die Disposition ist. Verff. konnten ebenfalls feststellen, daß der Organismus die Fähigkeit besitzt, begonnene Krebsbildung rückgängig zu machen. Sie

Digitized by Google

glauben schon heute auf die große Bedeutung von konstitutionellen und inneren Ursachen bei der Karzinomentstehung hinweisen zu können. Mehrere histologische Abbildungen. A. Holländer-Hamburg.

Versuche über die Wirkung des Serums und des Plasmas eines Krebskranken auf das Gewebe im Explantat, von G. Körbler, Chir. Univ.-Kl. Freiburg i. Br. (Arch. f. kl. Chir., 1924, Bd. 132, H. 1, S. 75.) Verf. beschreibt ausführlich seine Methode der Herstellung der Explantate. Er stellte aus einem dicken, hohl geschliffenen Objektträger durch Auflegen eines dicken Glasringes von 2 cm Durchmesser und 0,5 cm Höhe eine Kammer her, die 2 ccm Nährmaterial faßt. Auf den Boden wird zuerst eine 1—2 mm dicke Plasmaschicht gebracht und diese erstarren gelassen, darauf wird eine dünne Gewebsschicht ausgebreitet und dann der Rest der Kammer mit verdünntem Serum gefüllt, darauf ein Deckglas nicht luftdicht aufgelegt und nur durch etwas Vaseline befestigt. So war das Transplantat vor Verunreinigungen bewahrt. Das Gewebe wurde bei der Operation entnommen, in Ringerlösung ausgewaschen und von Blutresten befreit, auf einer sterilen Glasplatte ausgebreitet und geschnitten, aber stets mit Ringerlösung feucht gehalten. Alles dieses fand in Zimmertemperatur statt. Das Explantat wurde im Brutofen bei 37° aufgehoben und alle 24 Stunden das Nährmedium erneuert. — Verf. kam nun an Hand seiner Versuche zu dem Ergebnis, daß zwischen dem Plasma und dem Serum eines gesunden Menschen einerseits und dem Plasma und dem Serum eines Karzinomkranken andererseits wesentliche Unterschiede bestehen. Nimmt man zu dem Explantat eines Krebskranken Serum eines Gesunden und umgekehrt, so findet man einerseits, daß das Serum und Plasma des Krebskranken eine ausgesprochene zerstörende Wirkung auf das Gewebe im Explantat hat, diese Wirkung ist am stärksten bei dem Teil des Gewebes eines Krebskranken, der noch nicht direkt vom Krebs befallen ist, sie ist geringer, aber immer noch deutlich bei dem Gewebe des Gesunden; sie ist am geringsten im Krebsgewebe selbst. Verf. beweist hiermit die stets hypothetisch angenommene Ansicht, daß bei der Krebskrankheit eine wesentliche Veränderung des ganzen Organismus vorliegt. A. Rosenburg-Mannheim.

Die Eigenschaften in vitro gezüchteter Stromazellen des Flexner-Jobling-Karzinoms, von R. Erdmann-Berlin. (Zbl. f. Bakt., 1924, Bd. 93, H. 1/4, S. 194.) Während es möglich war, Sarkomzellen in vitro wochenlang in Plasma und Extrakt des erkrankten Tieres zu züchten und mit Erfolg zu implantieren, mißglückten die analogen Versuche bei Karzinomen. Züchtet man aber Stroma und Karzinomzellen zusammen in Tumorplasma, so entstehen Tumoren. Sodann ist es Verf. gelungen, Stromazellen isoliert zu züchten. Am besten eignet sich dazu ein Medium aus Leberplasma + Leberextrakt. Stromazellen wachsen in der Kultur ähnlich wie Bindegewebe. In einzelnen Zellen finden sich langgestreckte Kerne. Wurden derart gezüchtete Stromazellen implantiert, so bildete sich kein Tumor.

F. Harry-Wiesbaden.

Die Verhütung von Karzinomen bestimmter Lokalisation, von G. Scherber-Wien. (M. Kl., 1924, Nr. 49, S. 1729—1732; Nr. 50, S. 1769—1772.) Eine häufige Ursache der Entwicklung von Karzinomen sind Leukoplakien der Mundhöhlenschleimhaut, die auf der Zusammenwirkung von Syphilis und starkem Rauchen beruhen. Rückgang der Leukoplakien kann durch Aussetzen des Rauchens und spezifische Behandlung bewirkt werden. Durch die Salvarsanbehandlung scheint ein Rückgang der Leukoplakien eingetreten zu sein. Für ihre Behandlung kommt Rauchverbot, Jod und Salvarsan in Betracht; empfehlenswert ist auch Vermeiden heißer Speisen. Negative WR spricht nicht gegen Syphilis. Durch diese Maßnahmen wird sich die Karzinomentwicklung einschränken lassen. Die gleiche Ätiologie dürfte auch für die große Mehrzahl der Kehlkopfkarzinome in Betracht kommen. Durch Phimose werden Karzinome im Sulcus coronarius begünstigt, Syphilis kann dabei mitsprechen.

E. Levin-Berlin.

Die oberflächlichen Epitheliome der Haut (Gli epiteliomi superficiali della cute), von L. Martinotti, Derm. Kl. Univ. Siena. (Arch. Ital. di Chir., 1924, Bd. 10, H. 4.) Einer geschichtlichen Übersicht über die Erforschung der Epitheliome als Einleitung folgen kritische Erwägungen über zweckmäßige Klassifikation und Nomenklatur. Der Verf. hat folgende Einteilung: 1. Morbus Bowen und Dyskeratosen, 2. Paget außerhalb der Mammae gelegen, 3. pagetähnliche Epitheliome, 4. Ulcus rodens superficialis, 5. basozelluläres Epitheliom, 6. gutartiges erythematöses Epitheliom, 7. präkanzeröse

Digitized by Google

Zustände und Phasen der Epitheliome, 8. oberflächliche, ebene, multiforme Epitheliome. Die einzelnen Gruppen werden charakterisiert und an ausgewählten Fällen der gesamten bekannten Literatur erläutert, hier und da bedient sich der Verf. vergleichender Tabellen. Die Frage der Ätiologie und Pathogenese soll durch die experimentelle Epitheliomerzeugung beantwortet werden. Darstellung der Versuche von Fiebiger mit Spiroptera neoplastica und von Jamagiva mit Teer. Die Bedeutung prolongierter lokaler Irritation (Virchow) wird ebenso wie die Wirkung mechanischer, physikalischer und chemischer Einflüsse angeführt. Die Bedeutung der Tuberkulose und Syphilis, einer Narbenbildung oder keratotischer und verruköser Bildungen für die Entstehung von Epitheliomen rechtfertigen die Annahme, daß die Elemente dieser Krankheitserscheinungen Anlaß zur Bildung von Epitheliome geben können. Zum Schluß wird unter Anführung von Bemerkungen maßgebender Verff. auf die Tatsache hingewiesen, daß bei den vielen gemeinsamen charakteristischen Elementen eine Differenzierung der einzelnen Typen nicht immer leicht ist. F. J. Baar-Bad Kreuznach.

Isaminblau gegen bösartige Geschwülste, von R. Roosen-Köln. (Zschr. f. Krebsforschg., 1924, Bd. 21, H. 5, S. 318—353.) Roosen glaubt in seinem Isaminblau eine Substanz gefunden zu haben, die bei völliger Ungiftigkeit auch für den kachektischen Krebskranken imstande ist, ein Karzinom wirksam zu bekämpfen. Er will die Kollegen anregen, bei der klinischen Auswertung mitzuarbeiten, damit die Bedingungen für die zweckmäßigste Anwendungsform des Isaminblaus gefunden werden. Die Technik der Injektion hat R. verändert (Früheres siehe D. m. W., 1923, Nr. 17 und 18). Die Stammlösung wird jetzt mit der 5 fachen Menge physiol. Na-Cl-Lösung verdünnt. Es ist notwendig, das Isaminblau seltener zu injizieren — nach R. kann die Injektion täglich erfolgen —, sobald ein großer Tumor Neigung zu schneller Rückbildung oder zum Einschmelzen zeigt. Genauere Indikationen für seine Therapie kann Verf. immer noch nicht geben. A. Holländer-Hamburg.

Fibrolipoadenoma intracanaliculare sarcomatodes xanthomatodes mammae, von M. Binkert, Path.-anat. Inst. Zürich. (Frankf. Zschr. f. Path., 1924, Bd. 30, S. 498.) Bei einer 39jähr. Frau entwickelte sich im Laufe eines Jahres ein etwa mannskopfgroßer Tumor der linken Mamma, der nach operativer Entfernung rasch zu einem lokalen Rezidiv und zu einer Metastase der rechten Axilla führte. Das histologische Bild ergibt einen Mischtumor, der zum großen Teil adenomatösen Bau zeigt. In manchen Partien überwiegt hingegen das Stroma, das in seinem Aufbau ein wechselvolles Bild bietet. Teilweise besteht es aus einem kernarmen fibrillären Bindegewebe, in dem einzelne Fettzellen liegen; an den meisten Stellen überwiegen die Fettzellen ganz bedeutend, so daß direkt lipomatöse Partien entstehen, die zum Teil durch myxomatöse Herde mit typischen Sternzellen unterbrochen werden. Allmählich gehen die Fettzellen in spindelige Elemente über, die völlig sarkomatösen Charakter tragen. Diese aus polymorphen, teils polyedrischen, teils spindeligen Zellen mit eingestreuten Riesenzellen bestehenden sarkomatösen Partien weisen nun als weitere Besonderheit doppellichtbrechendes Fett und hyaline Kugeln auf, die, intrazellulär gelegen, teilweise die Zellen vollständig ausfüllen. Im Gegensatz zu diesem Bau des Primärtumors, den Verf. als Fibrolipo-adenoma intracanaliculare myxosarcomatodes xanthomatodes mammae bezeichnet, zeigen das Rezidiv und die Metastasen nur noch sarkomatösen Charakter, jedoch noch mit ziemlich ausgesprochener Verfettung, mit Einlagerung von meist doppellichtbrechendem Fett und ganz vereinzelten hyalinen Kugeln. B. Peiser-Berlin.

Nachdruck (auch des Abschnittes „Tagesg. Nachr.") ist ohne Genehmigung des Verlegers nicht erlaubt.

Verantwortlich für die Redaktion: für Originalabhandlungen und T. N.: Prof. Dr. J. H. Rille, Leipzig. Für den Referatenteil: Dr. M. Unna, Hamburg-Bergedorf.

Digitized by Google

Dermatologische Wochenschrift

Nr. 12 (Bd. 80) 21. März 1925

Aus der staatlichen bakteriologischen Untersuchungs-Anstalt in München und aus der Dermatologischen Universitäts-Klinik und Poliklinik München (Direktor: Dr. L. v. Zumbusch).

Untersuchungen über einen Tuberkelbazillenstamm aus der Lunge einer Patientin mit Boeckschem Sarkoid.

Von

Dr. A. Keck, Oberarzt der Untersuchungs-Anstalt, jetzt Stadtarzt in Augsburg, und Dr. Michalik, Assistenzarzt der Klinik.

Ein Fall von Boeckschem Sarkoid wurde durch Michalik bezüglich Klinik und pathologischer Anatomie bearbeitet und in der Derm. W., 1924, Nr. 16, veröffentlicht. Es schien zunächst lediglich von Interesse, festzustellen, ob der Tuberkelbazillenstamm aus dem Körper der Patientin dem Typus humanus oder dem Typus bovinus angehört. Die Untersuchungen führten dann zu neuen Gesichtspunkten. Bei dem ganzen klinischen Bilde konnte es sich nur um eine Allgemeininfektion mit demselben Stamme handeln.

Da die Tierimpfungen mit Hautstückchen der Patientin ergebnislos waren, wurden nach dem Tode der Patientin erneut Tierimpfungen mit Stückchen der tuberkulös erkrankten Lunge vorgenommen. Diese Impfungen waren von Erfolg. Der Stamm wurde sodann in Meerschweinchen- und Kaninchenimpfungen und kulturell untersucht.

1. Meerschweinchenimpfungen. Ein Stückchen veränderte Lunge der Patientin wurde in einem sterilen Mörser zerkleinert, dann durch Antiformin aufgelöst und der Bodensatz nach Ausschleudern einem Meerschweinchen in die Bauchhöhle eingespritzt. Das Tier verendete in 161 Tagen. Aus dem Sektionsbefund des Meerschweinchens ist hervorzuheben, daß die stark vergrößerte Leber große, gelbe, zum Teil zusammenhängende Flecke aufwies. Auch die Milz war stark vergrößert und enthielt große gelbe Knoten. Zahlreiche mesenteriale Drüsen waren vergrößert und vereitert. Mit Leber- und Milzstückchen und Teilen von Drüsen wurden weitere Tierimpfungen an Meerschweinchen von rund 250 g vorgenommen. Die Einverleibung des infektiösen Materials geschah weiterhin subkutan. Die Tiere der 2. Impfreihe lebten 76, 63 bzw. 32 Tage lang. Erkrankte Organe des nach 32 Tagen verendeten Tieres dienten zu weiteren Impfungen. Die Tiere dieser 3. Reihe blieben 40 und 37 Tage am Leben. Es wurde noch eine 4. und 5. Reihe angeschlossen. Die Tiere der 4. Reihe starben nach 34 bzw. 30 Tagen, die Tiere der 5. Reihe gingen nach 19, 18 bzw. 16 Tagen zugrunde. Die Krankheitsdauer der Tiere wurde also bei jeder weiteren Übertragung kürzer. Auch die pathologischen Veränderungen waren immer weniger ausgesprochen. Während die Tiere der 1. Impfreihe noch die starken, fleckigen Veränderungen in Milz, Leber und Lunge aufwiesen, wie sie das erste mit Lungenteilchen der Patientin geimpfte Meerschweinchen zeigte, wurden die Organveränderungen von Leber und Milz bei jeder weiteren Übertragung geringer. Die Lungen waren von der 4. Reihe an frei. Bei den Tieren der 5. Impfreihe waren Leber und Milz makroskopisch ohne besonderen Befund.

Digitized by Google

Nur die Drüsenschwellungen und Verkäsungen waren überall ziemlich gleich weit vorgeschritten. Der Stamm ist offenbar für Meerschweinchen immer toxischer geworden. Man könnte aber einwenden, daß die kürzere Lebensdauer und die starke Erkrankung der Drüsen der Ausdruck dafür sind, daß etwa immer größere Mengen von Tuberkelbazillen eingeimpft wurden. Das trifft für die Tiere der 2.—5. Impfreihe nicht zu; denn die Menge des infektiösen Materials war stets ungefähr gleich groß, und in den Ausstrichpräparaten der untersuchten Organe aus allen Impfreihen waren immer ungefähr gleichviel Tuberkelbazillen zu finden; geringe Mengenunterschiede sind ja ohne Bedeutung.

Der pathologische Anatom konnte mikroskopisch in den Organen der Meerschweinchen der verschiedenen Impfreihen keine Besonderheiten und keine wesentlichen Unterschiede der tuberkulösen Veränderungen feststellen.

2. Kulturversuche. Mit käsigem Material aus der Leber des Meerschweinchens, das mit der Lunge der Patientin geimpft war, wurden Kulturen auf Serum, Serumagar und Dorset-Eiernährböden angelegt. Auf Serum und Serumagar gingen die Kulturen nicht an. Auf den Eiernährböden waren nach 4—6 Wochen kleinste Kolonien zu sehen, die später trockene Schüppchen bildeten. Die Kulturen eines Humanus-Kontrollstammes auf Dorset waren etwas weißer und hoben sich vom Nährboden dadurch etwas besser ab. Die Stäbchen aller Kulturen waren säurefest und zeigten die gleiche Form und Färbbarkeit. Weitere Verimpfungen dieser Kulturen des Sarkoidstammes auf Serum, Serumagar und Bouillon führten ebensowenig zu einem positiven Ergebnis wie die Verimpfung von Eiter aus Meerschweinchen der 4. Reihe auf diese Nährböden. Dagegen gelang stets die Züchtung auf Dorset-Eiernährboden sehr leicht. Dieser Nährboden unterscheidet sich u. a. von den erwähnten Nährböden dadurch, daß er wahrscheinlich nach Art des Tarozzi-Nährbodens einen Teil des absorbierten Sauerstoffs bindet und halbanaërobe Bedingungen schafft, die offenbar für das Wachstum dieses Stammes von besonderer Bedeutung sind.

3. Impfungen mit Kulturmaterial. Es wurden Meerschweinchen und Kaninchen sowohl mit Kulturen dieses Sarkoidstammes als auch mit Vergleichskulturen des Tuberkelbazillenstammes vom Typus humanus geimpft. Die Meerschweinchen erhielten subkutan und in die Bauchhöhle $^4/_{10}$ Ösen = 0,8 mg Kultur. Sämtliche Meerschweinchen gingen nach 13 bzw. 15, 15 und 29 Tagen ein. Die Veränderungen der Organe waren die gleichen. Die Lebensdauer der beiden mit dem Humanusstamm geimpften Meerschweinchen betrug 15 Tage und stand in der Mitte zwischen der Lebensdauer der beiden mit dem Sarkoidstamm infizierten Meerschweinchen. Auch hierin äußerte sich der hohe toxische Charakter des Sarkoidstammes. Offenbar gehört aber auch der Kontrollstamm zufällig zu den toxischen Stämmen.

Drei Kaninchen wurden mit dem fraglichen Stamm, ein Kaninchen mit dem Humanusstamm geimpft. Von den ersten drei Tieren erhielt das eine $^4/_{10}$ Ösen = 0,8 mg intravenös und starb wenige Tage darauf ohne tuberkulöse Veränderungen aufzuweisen. Ein zweites Kaninchen, welches $2^1/_2$ Ösen = 5 mg erhalten hatte, ging kurze Zeit darauf an einem Darmkatarrh zugrunde. Dem dritten Tier wurden 5 Ösen = 10 mg intraperitoneal einverleibt. Dieses Tier lebt noch heute nach einem Jahr und zeigt keine Gewichtsabnahme. Auch das vierte Tier, welchem $^4/_{10}$ Ösen = 0,8 mg Kultur des Humanusstammes intravenös eingeimpft worden sind, ist ohne Gewichtsabnahme noch heute gesund.

Der aus der Lunge der Patientin verimpfte und gezüchtete Tuberkelbazillenstamm ist also für Meerschweinchen pathogen wie ein echter Tuberkelbazillenstamm vom Typus humanus; dagegen für Kaninchen zwar vielleicht toxisch, aber ebensowenig pathogen wie der Humanusstamm. Nach dem Ergebnis des Tierversuchs ist der Stamm als Tuberkelbazillenstamm vom Typus humanus anzusprechen.

Im Laufe der Untersuchung ist es aufgefallen, daß in den Meerschweinchenorganen der späteren Impfreihen sich einzelne außergewöhnlich lange Stäbchen fanden. Am Schluß der Untersuchungen wurden die Tuberkelbazillen aller Ausstrichpräparate gemessen. Die Ausstrichpräparate waren nach Ziehl-Neelsen gefärbt. Die Stäbchen in den Lungenschnitten der Patientin und in den Organen des Meerschweinchens,

Digitized by Google

das mit dem Ausgangsmaterial geimpft wurde, waren nicht länger als 3,5 μ. Ihre Dicke schwankte zwischen 0,25 und 0,3 μ. Dagegen waren in den Ausstrichen aus der 2.—4. Impfreihe neben vielen Stäbchen von gewöhnlicher Länge sehr zahlreiche lange Stäbchen vorhanden, und zwar wurden in jeder späteren Impfreihe immer längere Stäbchen gefunden, bis zu 5,95 μ Länge; noch längere Stäbchen, nämlich bis 7,5 μ, in der 5. Reihe. Die kleinsten Stäbchen waren in allen Reihen 2 μ lang. Die Dicke der Stäbchen betrug 0,25—0,3 μ. Die langen Stäbchen der 5. Reihe waren in einzelnen Exemplaren bis 0,5 μ dick, ein Teil der langen und kurzen Stäbchen zeigte Granulierung. Diese fand sich mehrfach an einzelnen umschriebenen Stellen der Präparate, so daß man den Eindruck bekam, es mit Kunstprodukten zu tun zu haben. Die Bazillen in den Kulturen waren bis 3 μ lang und im allgemeinen 0,25—0,3 μ, nur vereinzelt bis 0,5 μ dick. Verschiedentlich hatten sie Kokkenharn mit einem Durchmesser von 0,25—0,4 μ; doch nahmen sie bald die Form von Stäbcheu an. Nach Messungen von Eastwood (zit. nach Cornet und Kossel in Kolle-Wassermanns Handb.) schwankt die Größe der Tuberkelbazillen in Gewebsproben zwischen 0,5 und 8,0 μ, in Kulturen auf Pferdeserum zwischen 0,5 und 4 μ.

Die bakteriologische Untersuchung dieses Falles von Boeckschem Sarkoid hat in mancher Hinsicht auffallende und ungewöhnliche Ergebnisse erzielt. Überraschend war die mit der Zahl der Überimpfungen zunehmende Toxizität des Bazillenstammes. Ein Stamm, der Meerschweinchen von rund 250 g in 13—16 Tagen ohne jegliche makroskopische Veränderung der inneren Organe, abgesehen von den Drüsen, tötet, kann den Tod nur durch seine toxische Wirkung herbeigeführt haben. Bei seiner Züchtung fiel auf, daß er nur auf Eiernährböden wuchs. Da auch durch Übertragung von Dorset auf Serum und Serumagar auf diese Nährböden keine Kulturen zu erzielen waren, so war von vornherein die Aussicht gering, Bouillonkulturen zu erlangen. Bekanntlich haben überhaupt die Eiernährböden den kleinen Nachteil, daß von ihnen aus die Verimpfung auf Bouillon schwer gelingt.

In morphologischer Beziehung ist schließlich die Ausbildung besonders langer Stäbchen gleichzeitig mit der Zunahme der Toxizität bemerkenswert. Diese langen Stäbchen finden sich nur im Tierkörper vor. In den Eiernährbodenkulturen, deren Toxizität von Anfang an sehr hoch war, fehlte sie.

Die Typenbestimmung, die allerdings wegen des Fehlens der Bouillonkulturen nicht nach den heute gültigen Versuchsbedingungen mit abgewogenen Bazillenmengen aus flüssigen Nährböden vorgenommen werden konnte, ergab einwandfrei, daß der Stamm dem Typus humanus angehört.

Am wichtigsten erscheint der Nachweis, daß aus der Lunge der Patientin mit einem Boeckschen Sarkoid ein Tuberkelbazillenstamm gezüchtet worden ist, der sich durch seine hohe Toxizität auszeichnet. Die Vermutung liegt nahe, daß die Veränderungen in der Haut, deren Immunitätsverhältnisse hier unerörtert bleiben sollen, durch eine äußerst geringe Zahl eines durch hochgradige Toxinbildung ausgezeichneten Stammes hervorgerufen worden sind, was das negative Ergebnis der Tierversuche nach der Verimpfung von Hautstücken verständlich machen

Digitized by Google

würde. Wahrscheinlicher ist die geringe Zahl der Bazillen durch die Unbeständigkeit ihrer morphologischen Form bedingt trotz ihrer hohen Toxizität. Bekanntlich fand KYRLE (1921) in frischen Herden der Haut eines BOECKschen Sarkoids, die nach einem Fieberanfall auftraten, zahlreiche, in 11 Tage alten spärliche, in 36 Tage alten gar keine säurefesten Stäbchen. Seine Tierversuche mit Hautmaterial waren negativ. Es scheint also die Formbeständigkeit und die Toxinbildung beim Tuberkelbazillus nicht in allen Fällen Hand in Hand zu gehen. Das könnte das negative Ergebnis der mikroskopischen und bakteriologischen Untersuchungen auf Tuberkelbazillen erklären.

Wie uns Prof. LANGE vom Reichsgesundheitsamt in freundlicher Weise mitteilt, hat er bei einem Bazillenstamm, der aus Meerschweinchen, die auswärts mit Hautstückchen aus einem Falle mit elefantiasisartigen Hautveränderungen geimpft waren, gezüchtet wurde, einen ganz ähnlichen Befund erhoben. Auch dort zeigten sich die Tuberkelbazillen in den Ausstrichen aus den Tierorganen durch außergewöhnliche Länge aus. Es gelang erst nach monatelangen vergeblichen Bemühungen, den Stamm auf Bouillon zum Wachstum zu bringen. Die Prüfung im Kaninchenversuch ergab auch für diesen Stamm die Zugehörigkeit zum Typus humanus.

Es scheinen also gewisse Zusammenhänge zwischen der Morphologie und den Wachstumsverhältnissen sowie der Toxinbildung bei Tuberkelbazillen zu bestehen. Es wäre daher von großem Interesse, noch mehr Fälle von Hauttuberkulosen sowie von sog. Tuberkuliden auf die Eigenschaften des ursächlichen Tuberkelbazillenstammes zu untersuchen, insbesondere auf ihre toxischen. Dabei bietet sich vielleicht Gelegenheit, experimentell der Frage näher zu treten, warum bei den Hauttuberkulosen, insbesondere bei den sog. Tuberkuliden, verhältnismäßig wenig Tuberkelbazillen gefunden werden.

Über Lupusbehandlung mit dem Tuberkuloseheilmittel [Angiolymphe.

Von

Dr. L. KÖNIG in Charlottenburg.

Mit 2 Abbildungen im Text.

Die Wahl der richtigen Behandlungsmethode bei tuberkulösen Hautkrankheiten ist Sache der Erfahrung und des Zufalls. Die Fülle der Behandlungsverfahren beweist, daß keines der Mittel in jedem Falle zum Ziele führt, und man muß oft genug mehrere miteinander kombinieren, um zu einem Erfolg zu gelangen, den in vielen Fällen noch die besondere Methodik des behandelnden Arztes bestimmt.

Neuere Arbeiten über therapeutische Erfolge bei allen Arten von Tuberkuloseerkrankungen zeigen die Angiolymphe als ein den übrigen Mitteln weit überlegenes Präparat. Was die tuberkulösen Hautkrankheiten angeht, so sind in der mir zur Verfügung stehenden Literatur bisher nur

Digitized by Google

drei Autoren zu finden, die über Angiolymphebehandlung bei Hauttuberkulose berichten. In den vier behandelten Fällen wurden in sehr kurzer Zeit vollständige Heilungen erreicht.

So beobachtete der Erfinder der Angiolymphe, Rous-Paris, bei einem Fall von Lupus, der die Weichteile der Nase zerstört hatte, in zwei Monaten vollständige Vernarbung, nachdem während dreijähriger Behandlung mit den üblichen Methoden keine Besserung erzielt worden war. Eine Kontrolluntersuchung nach drei Jahren bestätigte die Heilung.

Derselbe Autor beobachtete einen weiteren Fall von Lupus erythematosus, der seit acht Jahren am Hinterhaupt als Platte von etwa 14 cm Durchmesser mit zahlreichen Erosionen bestand. Nach einer Injektionskur von täglich 5 ccm Angiolymphe war am 33. Tage der Behandlung vollständige Heilung erzielt.

Paranyi-Györ (Raab) behandelte einen seit elf Jahren an Lungentuberkulose erkrankten Pat. mit Angiolymphe. Dieser hatte auf der rechten Gesichtshälfte seit mehr als zwölf Jahren einen zweikronenstückgroßen Lupus, der zwei Jahre lang mit Quarzbestrahlung vergeblich behandelt worden war. Nach Beendigung der Angiolymphekur war der Lupus mit einer glatten, mattglänzenden Narbe abgeheilt.

J. Rosner-Wien berichtet in einer unlängst erschienenen Arbeit, in der er seine günstigen Erfahrungen über die Angiolymphebehandlung tuberkulöser Erkrankungen in der Chirurgie mitteilt, über einen Fall von Hauttuberkulose, die seit vier Monaten bestand und trotz verschiedenartiger Behandlung keine Heilungstendenz zeigte. Nachdem auch aktive chirurgische Behandlung keine Besserung gebracht hatte, wurde durch Umschläge mit Angiolymphe nach einer Woche Heilung erreicht.

Walkowski-Posen berichtet über 50 unter Behandlung mit Angiolymphe stehende Patienten. Obwohl es sich in der Hauptsache um Lungentuberkulose handelt, erwähnt er doch auch die guten Erfolge bei Kehlkopf- und Hauttuberkulose.

In dem von mir beobachteten Fall handelt es sich um eine 20jähr. Pat., deren Status nichts Besonderes ergibt. Zwei kleine Narben, die eine submental, die andere vor dem linken Unterkieferwinkel, weisen auf den primären Herd hin, dessen Entstehung etwa vier Jahre zurückliegt. Auf der rechten Wange befindet sich ein etwa dreimarkstückgroßer Lupus vulgaris (hypertrophicus et exfoliativus), der seit zwei Jahren besteht. Vor dem linken Ohr sieht man eine etwa markstückgroße mit Borken bedeckte Stelle, nach deren Entfernung sich mehrere kleinere, eitrig sezernierende Ulzera, leicht blutend, mit flachen Rändern, zeigen. Dieser Herd entstand vor $1^1/_2$ Jahren. Die Lungenuntersuchung ergibt keinen besonderen Befund. Der Pirquet ist schwach positiv.

Die Pat. erhält zunächst täglich 2 ccm Angiolymphe intramuskulär. Zugleich werden die erkrankten Stellen mit Angiolympheumschlägen behandelt. Nach zweiwöchiger Behandlung hat die Sekretion des Lupus exulcerans aufgehört und die Epithelisierung begonnen. Auf der rechten Seite blaßt die Rötung an den Randpartien zunächst ab. Die hier in Gruppen stehenden Knötchen werden resorbiert bis auf zwei, die an Größe um mehr als die Hälfte abgenommen haben. Nach einem Intervall von vier Tagen wird die erste Injektionsserie mit der gesteigerten Dosis von 4 ccm wiederholt. Am Ende der Kur ist der Lupus vollständig abgeheilt. Auf der rechten Wange wird jetzt im Zentrum der noch schwach bestehenden Rötung eine etwa 2 cm lange Narbe, die von einer Inzision herrührt, sichtbar. Die Randpartie zeigt zahlreiche kleine Gefäßbändchen, die offenbar der Resorption des chronisch entzündlichen Gewebes dienen. Nach weiteren sechs Spritzen beginnt die Haut sich zu fälteln; die Rötung blaßt unter leichter Schuppung weiter ab. Am 40. Tage der Behandlung ist beiderseits die Abheilung, ohne die geringste Narbe zu hinterlassen, erfolgt.

Digitized by Google

Der Heilerfolg entspricht meinen bisherigen Erfahrungen über Anwendung von Angiolymphe bei Lungentuberkulose. Wenn auch die Form des Lupus, der von tuberkulösen, erweichten Drüsen ausgeht, um die Haut auf dem Lymphweg metastatisch zu infizieren, am besten beeinflußbar ist, so ist immerhin der Heilerfolg um so beachtenswerter, als auch dieser Lupus seine Hartnäckigkeit durch zwei Jahre lange erfolglose Behandlung dargetan hat.

Neuere Untersuchungen scheinen zu ergeben, daß die toxischen Wachssubstanzen des Tuberkelbazillus allein die Tuberkelbildung bewirken. Hieraus läßt sich für die Erklärung der Angiolymphewirkung vermuten, daß die Angiolymphe die Wachshülle des Tuberkelbazillus zerstört und damit den Tuberkel der Resorption durch allgemeine Phagozytose zugänglich macht.

Abb. 1.

Abb. 2.

Zusammenfassung: Ein seit zwei Jahren bestehender Lupus vulgaris der rechten und ein seit $1^1/_2$ Jahren bestehender Lupus exulcerans der linken Wange wird mit drei Serien von Angiolympheinjektionen behandelt. Am 40. Tage der Behandlung sind sämtliche Knötchen der rechten Seite (Spateldruckphänomen) verschwunden; links ist die Abheilung ohne Hinterlassung einer Narbe beendet.

Indem ich auf die zahlreichen Heilerfolge der bisher publizierten Fälle hinweise, glaube ich zu der Annahme berechtigt zu sein, die Wirkung der Angiolymphe auf tuberkulöse Hautkrankheiten als spezifisch zu betrachten.

Literatur.

1. P. Barbier, Guérison spontanée et guérison thérapeutique de la Tuberculose. Le Courrier médical, 1922, Nr. 42, und Etude clinique et expérimentale des orchidées-iridées dans le traitement de la tuberculose. Le Courrier médical, 1924, S. 589—592. — 2. I. E. Eisenstädt, Über therapeutische Erfolge mit dem Tuberkuloseheilmittel Angiolymphe. Fortschr. d. Med., 1924, Nr. 16/17. — 3. A. v. Frisch, Über das Tuberkulose-

Digitized by Google

heilmittel Angiolymphe. (Vorläufige Mitteilung.) W. kl. W., 1922, Nr. 24. — 4. E. Gaillard, A cura de tuberculose. A Folha medica, 1922, Nr. 8. — 5. R. Jaffé, Zschr. f. Tbc., 1924, Bd. 40, H. 4, S. 284—286. — 6. Paranyi, Tuberkulosebehandlung mit Angiolymphe. Ars Medici, 1924, Nr. 2. — 7. Morse u. Shott, Journ. lab. and clin. med., 1916, Bd. 11, S. 159, zit. 1. — 8. Ray u. Shipman, Amer. rev. of tbc., 1923, Bd. 7, Nr. 2. S. 88, zit. 1. — 9. J. Rosner, Die Behandlungen tuberkulöser Erkrankungen mit Angiolymphe in der Chirurgie. M. Kl., 1924, Nr. 46. — 10. P. Socquet (u. P. Rous), Une nouvelle médication de la tuberculose. Progr. méd., Nr. 6. — 11. Walkowski, Die Behandlung der Tuberkulose mit Angiolymphe. Nowiny Lekarskie, 1924, H. 7. — 12. Taddeus Praschil, Spezialarzt, Truskawiec, Einige Worte über die Wirkung der Angiolymphe von Rous gegen Tuberkulose. Gazeta Lekarskie, Lemberg 1924, Nr. 30.

Über isolierte Vulvovaginitis oidiomycotica und Balanoposthitis oidiomycotica als konjugale Infektion bei einem gesunden Ehepaare.

Von

Dr. T. Benedek in Leipzig.

Mit 2 Abbildungen im Text.

Der Soor (Oidium albicans-Robin, Monilia candida, Saccharomyzes von Rees, früher auch Mycoderma albicans genannt) als Nosoparasit der Genitalschleimhaut ist schon lange bekannt. Doch ist die Kasuistik über das isolierte Befallensein der Genitalschleimhaut ziemlich gering. Noch seltener sind die Fälle in der Literatur, wo die Soormykose der weiblichen Genitalien eine Miterkrankung im Genitalbereich des Ehemannes zur Folge gehabt hätte.

In der älteren Literatur — etwa vor einem halben Jahrhundert — waren es Gynäkologen, die die Aufmerksamkeit auf den isoliert auftretenden Genitalsoor hingelenkt haben. Von venerologischer Seite hat diese Affektion scheinbar wenig Beachtung gefunden.

Hausmann (1) hat als erster den Soorpilz in der Vagina nachgewiesen und den ersten Impfversuch vom Mundschwämmchen eines Säuglings auf die Vagina mit positivem Erfolg ausgeführt.

Wohl eine der ältesten Beobachtungen über eine isolierte Soorerkrankung der Vulva stammt von Giulini (2).

Von gynäkologischer Seite hat sich v. Herff (3) eingehend mit der Frage der Scheidenmykosen beschäftigt. Seine in der Hallenser gynäkologischen Poliklinik erhobenen Befunde lassen die relative Seltenheit dieser Affektion erkennen. v. Herff hat in 6 Jahren unter 13283 Frauen bloß 24 (!) Fälle sicherer Colpitis mycotica ac. et subac. gesehen; d. i. 1 : 553 Kranke! Bemerkenswert ist ferner seine Beobachtung über das zeitliche Auftreten der Affektion und ihre Verteilung auf Schwangere und Nichtschwangere. Nach seiner Feststellung ist die Colpitis mycotica eine überwiegende Sommerkrankheit; es entfielen 20 auf Sommer und 4 auf Wintermonate. Ebenso konnte er eine überwiegende Vorliebe für die Schwangerschaft feststellen; unter 24 waren 15 gravid. Jenseits der Wechseljahre bekam er keinen Fall zu Gesicht, ebensowenig erkrankten Virgines an der Mykose.

Digitized by Google

Eine akute Entzündung der Vulva durch Infektion mit Soorpilz erwähnt Hofmeier (4); die Affektion tritt nach ihm in Form von geringen grauen Auflagerungen an bis zu dicken weißen Pilzrasen auf. Küstner, Menge-Opitz, Schröder (5, 6, 7) erwähnen gleichfalls eine relativ seltene Affektion der Vulva und Vagina mit Oidium albicans. Nach gemeinsamer Ansicht der genannten Autoren stehen die Kranken in geschlechtsreifem Alter, Schwangere werden viel häufiger befallen als Nichtschwangere. Außerhalb der Geschlechtsreife soll Soor der Scheide nicht beobachtet sein.

Bei Schwangeren ist es wohl anzunehmen, daß der veränderte Chemismus des Scheidensekretes dem Soorpilz die ursächliche Möglichkeit bietet, auf dem günstig umgestimmten Nährboden aufzuschießen und krankhafte Veränderungen hervorzurufen. Es gehört immerhin eine besondere Disposition zur Erkrankung an Soor, sei es eine allgemeine Kachexie welcher Herkunft immer oder eine andere Erkrankung des Organismus.

Besonders scheint der Diabetes mellitus eine Disposition zum Genitalsoor zu verschaffen. Nach einer alten Angabe von Frerichs fanden sich nicht nur im Urin, sondern auch auf der Haut der Genitalien diabetischer Patienten, die bekanntlich nicht selten an Entzündungen in der Genitalregion leiden (Vulvovaginitis et Balanitis) Hefepilze vor. Bloch (8) teilt den Fall einer 71jähr. Diabetikerin mit, bei der ein ausgedehnter Ausschlag an den Genitalien und in ihrer Umgebung im späteren Verlaufe des Diabetes aufgetreten ist, eine Affektion, die sich mikroskopisch und kulturell als Soormykose entpuppte.

Der Soorpilz war früher als ein katexochen Schleimhaut-Nosoparasit bekannt. Das Schwämmchen — Mundsoor — war von altersher bekannt. In neuerer Zeit haben sich aber unsere Kenntnisse auch auf dem Gebiete der durch Moniliaarten verursachten Hautkrankheiten erweitert. Beck (9) und von ihm unabhängig Ibrahim (10) haben den Hautsoor bei kranken, kachektischen Säuglingen, Rajka (11) in jüngster Zeit dasselbe Krankheitsbild bei einem gesunden Säugling beschrieben. Kaufmann-Wolf (12), Muijs (13) beschrieben verschiedene Hautlokalisationen von Soorerkrankung, und Kumer (14) gab vor einiger Zeit eine zusammenfassende Darstellung von der Soormykose der Haut.

Das Gemeinsame ist bei den durch die genannten Autoren veröffentlichten Fällen das, daß allermeist ein disponierendes Moment — sei es in Form von einer chronischen Erkrankung des gesamten Organismus, sei es in Gestalt einer allgemeinen Kachexie — vorhanden war, um dem Soorpilz einen günstigen Nährboden vorzubereiten. Ferner betonen die Autoren die relative Seltenheit eines isoliert auftretenden Genitalsoors. Kumer konnte z. B. unter einem sehr reichen Krankenmaterial der Wiener Klinik im Laufe von 2 Jahren nur wenige — er nennt keine Zahl — hierher gehörige Fälle finden.

Ich habe in meiner Praxis die Gelegenheit gehabt, einen ausgeprägten Fall von ganz isoliertem Genitalsoor bei einem Ehepaare zu beobachten. Der Fall bietet nach dem klinischen Bilde, nach dem Auftreten bei sonst gesunden Menschen und nach Art der Infektion einiges Interesse. Ich lasse hier den Status beider Fälle folgen:

Digitized by Google

Am 28. VII. 1924 kam die Ehefrau Johanna D., 28 Jahre alt, in meine Sprechstunde: sie ist kräftig, gesund, in jeder Hinsicht gut und voll entwickelt und hat in den vorangegangenen Jahren keine Krankheiten durchgemacht; sie ist noch nie schwanger gewesen. Letzte Menses vor 14 Tagen, immer regelmäßig.

Anamnese: Am 6. II. 1923 — also ungefähr vor anderthalb Jahren — suchte Pat. eine Ärztin wegen Hämorrhoiden und Fluor auf. Angeblich ist kein Präparat gemacht worden. Zur Behandlung bekam sie irgend ein Pulver für das Spülwasser. Damals sind ihre Beschwerden — Fluor, ein geringes Jucken und Brennen am äußeren Genitale — etwas besser geworden, aber sie hörten seitdem niemals auf. Sie suchte dann keine ärztliche Hilfe mehr, sondern sie machte fortwährend Spülungen, die aber nichts halfen. Vor etwa 2 Monaten trat das Jucken, Brennen am äußeren Genitale ganz heftig auf, der Fluor nahm an Stärke zu, und der Geschlechtstrieb steigerte sich zu einer unangenehmen Heftigkeit.

Status praesens: a) Vulva: Faltet man die großen Labien vorsichtig auseinander, so sieht man erst, daß die Übergangsfalte, die die Haut des Pudendum muliebre von der Schleimhaut der Vulva trennt, auffallend gerötet ist und daß eine weiße, wenig zähe, ganz milchig aussehende, einige kleine Krümchen mitführende Flüssigkeit an der hinteren Kommissur herausströmt. Sonst ist die ganze Vulva auffallend trocken. Die ganze Innenseite der großen Labien, die ganze Schleimhautbekleidung der kleinen Labien, Klitoris, Urethralwulst und Introitus vaginae bieten einen durchaus trockenen graulichroten Aspekt. Die Grenzen dieser Schleimhautveränderung bilden die obere und untere Kommissur und die Übergangsfalte an der Vulvargrenze seitlich. Gegen die Vulvargrenze zu herrscht eine mehr graulichweiße, gegen den Introitus vaginae zu eine mehr graulichrötliche Farbe.

Es sind im beschriebenen Bereich Auflagerungen nirgends zu sehen; die Schleimhaut ist im Gegenteil glatt-rot-mattglänzend und läßt die wohlbekannte Sukkulenz der Vulvarschleimhaut völlig vermissen. Nimmt man eine Schleimhautfalte zwischen zwei Fingern, so schaut sie so aus, wie wenn dieselbe mit einem sehr feinen Zigarettenpapier bedeckt wäre, das nicht gut und glatt aufgeklebt ist und leichte Falten wirft. Schabt oder kratzt man vorsichtig oder erfaßt man mit der Epilationspinzette ein Runzelchen, so kann man quadratmillimeterweise eine zähe widerstandsfähige, weißlich-graue Pelle abziehen. Die Schleimhautdecke ist darunter mattrot, nirgends blutend.

b) Vagina: Bei der Spiegeluntersuchung der Scheide bietet sich ein ganz anderes Bild. Auf den Columnae rugares und hier und da in den Vertiefungen dazwischen sieht man einen grauweißlichen Belag: Herde von einer Gesamtfläche von 1—50 Pfennigstückgröße. Der Belag läßt sich mit der Öse oder mit einem Tupfer abwischen, entfernen. Darunter ist die Schleimhaut gerötet, aber nicht blutend. Dreht man das Spekulum, so sieht man, daß nicht nur die Seitenwände, sondern auch die vordere und hintere Wand der Vagina mit solchen kleinen Inseln besetzt sind. Die Schleimhaut der Portio schaut wiederum ebenso trocken, graurötlich aus wie die der Vulva.

Dekursus: 28. VII. 1924 mikroskopische Untersuchung: Soor positiv. Anlegen von Agarkulturen von der Pelle der Vulva und vom Vaginalbelag. Im Urin: Zucker, Eiweiß, Eiter: negativ.

31. VII. Urethroskopie: Befund normal; Urethralabstrich: Soor negativ. — Therapie: für die Vulva: Resorzin 3% Sulfur. praecip. 5% Lanolin-Vaselin āā.

2. VIII. Die großen Labien sind schon von ganz normaler Farbe; die kleinen Labien, der Introitus zeigen noch Reste und Farbe von der Membrane.

4. VIII. Die ganze Vulva, Klitoris, Introitus sind von normaler Farbe; Jucken, Brennen haben aufgehört.

6. VIII. Die Vagina wird mit 10%iger Ag-Lösung gründlich ausgewischt.

8. VIII. Kein Belag mehr in der Vagina; an der Portio sind drei bis vier linsengroße Beläge, die beim Abwischen leicht blutende Stellen zurücklassen. Nochmals Ag 10%.

11. VIII. Vulva und Vagina vollkommen abgeheilt; keine subjektiven Beschwerden.

Kontrolle nach einem Monat am 9. IX. 1924. Kein Rezidiv: Subjektiver und objektiver Befund normal.

Der Ehemann, Hermann D., 32 Jahre alt, kräftig, gut und normal entwickelt; nie geschlechtskrank gewesen.

Anamnese: 29. VII. 1924. — Pat. hat eine Affektion am Gliede, d. i. am inneren Vorhautblatte seit etwa 4 Wochen. Die Affektion trat einige Tage später nach einem Koitus mit der Gattin auf. Pat. spürt ein lästiges Jucken, Brennen, sonst nichts. Da die Affektion immer mehr um sich griff, sucht er mich auf.

Digitized by Google

Status praesens: Am inneren Blatt des Präputiums ist in einem Zusammenhange von der Umschlagsfalte bis auf die Corona glandis und einige Millimeter auf der Glans selbst, parallel mit der Korona, rundum bis zum Frenulum penis — eine grauweißliche, mit einem Stich ins Rötliche, dünne, lackfarbene Membrane vorhanden, die von sich allein auch und noch mehr auf ein leichtes Kratzen, Abschaben in grauweißlichen Flöckchen abschuppt. Darunter ist die Haut mattrot, nicht blutend. Die Membrane läßt sich — auch hier — mitunter in 2 qmm Größe in einem Stücke abziehen. Soweit bei der makroskopischen Inspektion. Mit einer Lupe besichtigt, scheint die ganze oben beschriebene Hautpartie wie mit Kleie bestreut; Schüppchen, die an einem Ende festkleben, am anderen Ende frei flottieren. Sie sind leicht zu entfernen. Es ist noch zu bemerken, daß die Membrane das letzte Bild nur zentral zeigt; an der proximalen (präputiale Übergangsfalte) und an der distalen (Glans et Corona glandis) Begrenzungslinie ist sie in 4—5 mm Breite rundum ganz glatt, kontinuierlich aufliegend auf der Grundlage. Die Membrane ließ übrigens das Frenulum penis, die distale Partie der Glans und das Orific. urethrae vollkommen intakt. Sonst zeigt das ganze Integument der Genitalien keine Effloreszenzen.

Mikroskopisch im Nativpräparat: Soor positiv. 30. VII. Urethroskopia ant.: Befund durchaus normal; Soor im Urethralabstrich negativ.

1. VIII. Nach zweitägiger Anwendung von 2%iger Resorzinsalbe ist das ganze innere Blatt des Präputiums schmerzlos glatt geschält; keine Beschwerden; nach einem Monat bei der Kontrolluntersuchung: kein Rezidiv, keine subjektiven Beschwerden.

Vor allem ist hier gleich etwas zum klinischen Bilde zu sagen. Die Affektion bestand bei der Ehefrau schon seit Monaten; daher war es schon im vornherein wenig wahrscheinlich, daß Primäreffloreszenzen zu finden sein werden. Es ist auch nicht gelungen solche festzustellen, obwohl ich danach gründlich fahndete.

Als die Soormykose der Haut als klinisches Bild bekannt wurde, sah Ibrahim im Auftreten der Blasen das wesentliche klinische Element, während Beck das mit kleinen Epithelschuppen auftretende, später zusammenfließende, aber immer scharf geränderte und mit abhebendem Epithelkragensaum versehene Erythem als jenes charakteristische klinische Bild ansieht, welches das Leiden von Erythemen ähnlicher Lokalisation unterscheidet. In meinen beiden Fällen war der Becksche Typus vertreten; die Affektion bot bei der Ehefrau das Bild eines heftigen chronischen Erythems; bei dem Ehemann sah man eine schuppende Dermatitis. Der Sitz des Prozesses ist in beiden Fällen das Stratum corneum; pathologisch-anatomisch handelt es sich um eine Epidermitis.

Bei der Affektion der Vulva tritt also das Bild von Einzeleffloreszenzen ganz zurück, und man findet ein flächenhaftes Wachstum, das auch im klinischen Verhalten zum Ausdruck kommt. Die ganze Vulva — wie ich es im Status eingehend geschildert habe — war bis zum Orif. urethrae, bzw. bis zum Introitus vaginae, den Klitoris mitinbegriffen, mit einer — einem zerknitterten Zigarettenpapier sehr ähnlichen — Membrane gleichsam überzogen. Kumer betont das auch ausdrücklich, daß bei einem derartig flächenhaften Wachstum Primäreffloreszenzen oft überhaupt nicht, oft nur am Rande nachweisbar sind. In meinem Falle konnte ich keine Primäreffloreszenzen nachweisen.

Von eminenter Wichtigkeit ist auch das Befallensein des Klitoris von der Soormykose, die ich besonders hervorheben muß. Eine der Hauptklagen meiner Pat. war nämlich der erhöhte Geschlechtstrieb, die fortwährende sexuelle Erregung, die sie nicht abreagieren konnte. v. Herff erwähnt den Fall einer Schwangeren — wohl einzigartig in der Literatur —, die sich infolge heftigen Reibens und Kratzens am Harnröhrenwulst einen

Digitized by Google

großen Varix eröffnete, so daß sie nur mit Mühe vor dem Verblutungstode gerettet werden konnte.

Die Entzündung der Vaginalschleimhaut zeichnete sich durch ihre Ausdehnung besonders aus. Die Schleimhaut war stellenweise stark gerötet, hier und da auch geschwollen; die Inseln von Soormykose reichten sogar ins vordere und hintere Scheidengewölbe herauf, und sie ließen nicht einmal die Portio verschont. v. Herff hat diesen Befund selten gesehen, meistens beschränkte sich die Affektion auf das untere Drittel der Scheide.

Abb. 1. Mikrophotographische Aufnahme, $^1/_{12}$ Ölimmersion, Oc. 4. Vaginalbelag: Soorkonidien und Myzelfäden, Gramfärbung.

Es besteht kein Zweifel, daß die Balanoposthitis oidiomycotica des Ehemanns in meinem Falle nur dem Vaginalsoor der Ehefrau ihre Entstehung verdankt. Der kausale Zusammenhang ist ganz klar und noch dazu mikroskopisch und kulturell erwiesen. Hier handelt es sich um einen jener seltenen Fälle, wo die Soormykose konjugal übertragen worden ist.

Muijs hat noch eine ähnliche konjugale Übertragung zwischen Eheleuten beobachtet. Hier war aber der Vaginalsoor nicht erwiesen, nur

Digitized by Google

vermutungsweise angenommen. Auch lag der Schwerpunkt der Affektion mehr in den dem Genitale angrenzenden Hautpartien.

Obwohl das klinische Bild der Vulva und das der Hautdecke von der Glans und der inneren Lamelle des Präputiums recht verschieden war, stellte die mikroskopische und kulturelle Untersuchung — entnommen von den verschiedensten Partien — das Vorhandensein desselben Krankheitserregers fest. Sowohl im Belage aus der Vagina, als auch in den Epidermispartikelchen — von den Labien, Clitoris, Introitus vaginae oder beim Manne von der Glans oder innerem Präputialblatt genommen — habe ich im Nativpräparat (mit 20%iger Kalilauge) stets dasselbe Bild gefunden: hefeartige Zellen (Konidien), glänzende, runde, oder ovoide Körperchen; einzeln oder in kleinen Häuflein; ferner Myzelfäden: gleichmäßig breit, hell, mit beiderseitigen Randkonturen; von Strecke zu Strecke verzweigen sie sich und sind stellenweise septiert. Mitunter sah ich ein Gewirr von Myzelfäden mit vereinzelten seitenständigen Ektosporen. (Abb. 1)[1]).

Abb. 2. Reinkultur vom Soor auf Schrägagar aus einem Hautschüppchen; zwei Monate alt.

Bei der Untersuchung im hängenden Tropfen konnte ich Tage lang unter dem Mikroskop die Entwicklung, die hefeartige Sporulation des Soorerregers beobachten. Selten fand ich auch ganz kurze Myzelfäden.

Die Züchtung der Pilze ist leicht. Ich habe auf Agar-agar verimpft vom Vaginalbelag und, wie ich oben erwähnte, Epidermispartikelchen von verschiedenen Stellen der Krankheitsherde. Die Kulturen vom Vaginalbelag waren mit anderen Vaginalkeimen verunreinigt, wie es zu erwarten war; von den Epidermisschüppchen sind reine Kolonien aufgegangen. Die Kulturen zeigten das Bild einer knopfförmigen Erhebung oder eines flächenhaften Rasens auf der Oberfläche; in der Tiefe streckten sie bei älteren Kulturen ihre zierlichen, baumartigen Verzweigungen. (Abb. 2.) Die Kolonien sind anfangs flache runde Scheiben, später vom Zentrum aus gefältet, gerunzelt, mit einem flachen Saumrand, von wo aus polizyklische, landkartenartige Ausläufer entsprießen. Die Kulturen haben einen starken Hefegeruch. Sie sind feucht-glänzend von weiß-graulicher Farbe.

---

[1]) Die photographischen Aufnahmen sind nach eigenem Präparat und eigener Kultur im mikrophotographischen Laboratorium des Pathol. Instituts der Universität Leipzig gemacht worden. Für die liebenswürdige Erlaubnis möchte ich dem Direktor des Pathol. Instituts, Herrn Prof. Dr. Hueck, meinen ergebensten Dank auch an dieser Stelle aussprechen.

Digitized by Google

In den Präparaten, die ich aus den gezüchteten Soorkolonien angefertigt habe, fand ich überwiegend nur Sporen; selten und vereinzelt Myzelfäden. Zum Nachweis der Soorelemente in gefärbten Präparaten eignet sich am besten die Gramsche Methode, da die Eumyzeten grampositiv sind, so daß sie sich durch ihre dunkelviolette Färbung von anderen Formelementen schön abheben.

Ist die Diagnose richtig und sichergestellt, so ist die therapeutische Beeinflussung der Affektion sehr einfach; dankbar für den Arzt, Erleichterung, mitunter Erlösung für den Patienten. Aber die Diagnose muß richtig sein! Das soll um so mehr betont werden, da die Soorsporen vor untauglichen Mitteln (vide Spülungen während anderthalb Jahren bei meiner Patientin!) absolut nicht weichen.

v. Herff, einer der besten Kenner der Scheidenmykosen, hat u. a. hauptsächlich Lösungen von Sublimat 1 : 5000 bis 1 : 1000, Hydrarg. oxycyan. usw. angewendet; diese Lösungen haben aber öfters ein stundenlang anhaltendes, schmerzhaftes Brennen verursacht.

In meinem Falle habe ich mit einer Resorzin-Schwefel-Zinkpaste an den äußeren Genitalpartien, mit einer 10%igen Ag-Lösung in der Vagina die lange Zeit floride Affektion in einigen Tagen, ohne irgend welche Schmerzen vollkommen zur Abheilung gebracht.

Ursache an der Entstehung des primären Vaginalsoors war sicherlich das Mutterrohr der Spülkanne, da die Frau schon vor der Erkrankung sehr oft, ohne eine notwendige Veranlassung, Scheidenspülungen zu machen pflegte, und dabei hat sie das Mutterrohr der Spülkanne in ein feuchtes Tuch sorgsam eingewickelt und aufbewahrt gehalten! Die Soorsporen, die besonders im Sommer als Luftsporen in großer Anzahl zu finden sind, haben auf diese Weise die beste Brutstätte gehabt und zugleich die Gelegenheit zur Einwanderung in die Vagina. Eine Ansteckung — etwa durch Mundsoor eines Säuglings — war sicher auszuschließen.

Zusammenfassend handelte es sich also um einen jener seltenen Fälle, wo eine sonst vollkommen gesunde, kräftige, nichtschwangere und nullipare Ehefrau, die durch mechanische Übertragung an einem ganz isoliert auftretenden Genitalsoor (Vulvovaginitis oidiomycotica) erkrankte, die Affektion auf den Ehemann übertrug. Die Affektion erreichte im Sommer ihren Höhepunkt.

Klinisch-objektiv war das Krankheitsbild durch das membranenartige, flächenhafte Wachstum ohne Primäreffloreszenzen gekennzeichnet.

Subjektiv verursachte die Soormykose bei der Ehefrau — neben heftigem Brennen, Jucken und Fluor — einen erhöhten Geschlechtstrieb, eine quälende sexuelle Erregung.

Durch geeignete Behandlung konnte die langwierige, quälende Affektion in einigen Tagen zur Abheilung gebracht werden.

Literatur.

1. Hausmann, Über das Oidium albicans der weiblichen Geschlechtsorgane, D. Zschr. f. prakt. Med, 1876. Bd. 8. — 2. Giulini, Soor der Vulva, Zbl. f. Gynäk., 1891, Nr. 52, S. 1049. — 3. v. Herff, Über Scheidenmykosen, Samml. klin. Vorträge, 1895, Nr. 137. (Zugleich die alte und älteste Literatur!) — 4. Hofmeier, Handb. d. Frauenkrkh., Vogel, Leipzig 1921. — 5. Küstner, Lehrb. d. Gynäk., 9, S. 111. A. Fischer, Jena 1922. — 6. Menge-Opitz, Handb. d. Frauenhlk., Bergmann, Wiesbaden 1922. — 7. Schröder,

Digitized by Google

Lehrb. d. Gynäk. Vogel, Leipzig 1922. — 8. Bloch, Oidiomykose d. Haut bei Diabetes, Korr.-Bl. f. Schweiz. Ärzte, 1916, Jahrg. 46, S. 273. — 9. Beck, Über das Erythema mycoticum infantile. Derm. Studien, Festschr. f. Unna, 1910, Bd. 1. S. 494, und Neuere Beitr. z. Kenntnis d. Erythema mycot. infant., Derm. W., 1915, Bd. 60, S. 301. — 10. Ibrahim, Über eine Soormykose d. Haut im frühen Säuglingsalter, Arch. f. Kindhlk., Bd. 55, H. 1 u. 2. — 11. Rajka, Soormykose d. Haut, Derm. W., 1922, Bd. 74, S. 561. — 12. Kaufmann-Wolf, Zur Klassifizierung einiger Dermatomykosen, Derm. Zschr., Bd. 22, S. 441. — 13. Muijs, Endomyces albicans, als Ursache einer Epidermomycosis inguinalis, Derm. W., 1918, Bd. 66, S. 65. — 14. Kumer, Die Soormykose d. Haut, Arch. f. Derm., 1922, Bd. 140, S. 105.

Ist Bismogenol frei von ernstlichen Nebenwirkungen?

Von

Dr. R. Steincke, Spezialarzt für Haut- und Harnleiden in Gera.

Wenn man über Charakter und Ernst der Nebenwirkungen eines Medikaments urteilen will, muß man sich zunächst über den Begriff „Nebenwirkung" im klaren sein. Zu unterscheiden sind zwei Gruppen von Nebenwirkungen, „obligatorische" und „fakultative" Nebenwirkungen[1]). Obligatorische Nebenwirkungen sind dem Medikament an sich eigentümlich, werden von ihm direkt verursacht und treten daher bei allen Menschen auf, allerdings bei dem einen früher, bei dem anderen später bzw. erst bei größerer Gabe. Die obligatorischen Nebenwirkungen zeigen für jedes Medikament einige wenige charakteristische Bilder, aus deren Auftreten der Erfahrene oft die Ursache zu erkennen vermag. Ich erinnere nur an Jodschnupfen, Bromakne und Quecksilberstomatitis. Anders die fakultativen Nebenwirkungen. Ihre Erscheinungen sind polymorph, nicht typisch für den Anlaß. Die fakultativen Nebenwirkungen spielen sich in ihren sichtbaren Zeichen größeren Teils auf der äußeren Haut ab, beruhen auf individueller Idiosynkrasie und kommen daher nur bei einem Teile der Menschen, welche die betreffende Arznei einnehmen, vor. Die fakultativen Arzneiwirkungen sind in ihrem Wesen identisch mit den fakultativen Nebenwirkungen der Nahrungsmittel (Hautausschläge nach Genuß von Erdbeeren, Krebsen, Eiern). Auch hier ist Idiosynkrasie des Betroffenen die Ursache, nicht eigentlich die Nahrung. Idiosynkrasie der Menschen gegen verschiedene Arzneien findet sich verschieden häufig, schwankend von 10% (Balsamum Copaivae) bis zu 1 pro mille und noch seltener.

Für Wismut und seine Verbindungen sind sieben bzw. acht obligatorische Nebenwirkungen bekannt: 1. Wismutsaum am Zahnfleisch, 2. Stomatitis, 3. Nierenreizungen (Epithelurie, Albuminurie), 4. Darmreizung (Enteritis), 5. vorübergehendes Aufflammen gewisser akuter syphilitischer Krankheitserscheinungen. Diese ersten fünf Nebenwirkungen sind für Wismut überhaupt obligatorisch. Dazu treten für einige besondere Verbindungen des Wismut zwei weitere Nebenwirkungen: 6. schmerzhafte Infiltrate an den Injektionsstellen, 7. Zahn- und Kieferschmerzen (bei intravenöser Injektion). Anschließend sind dann 8. noch die zwar vom Wismut selbst ausgehenden, aber durch fehlerhafte Technik („Kunstfehler") verursachten Nebenwirkungen zu besprechen. Diese letztgenannten Nebenwirkungen sind selten, aber dennoch nicht fakultativ, weil sie nicht auf Idiosynkrasie des betroffenen Menschen beruhen, sondern — durch unrichtig injiziertes Wismut — in jedem Falle, also obligatorisch zustande kommen. Deshalb rechne ich die achte Unterabteilung zur ersten Gruppe der Wismutnebenwirkungen.

Die hier nicht angeführten Nebenwirkungen des Wismut umfassen die zweite Gruppe, sind fakultativ, betreffen hauptsächlich die Haut und kommen recht selten vor, weil individuelle Idiosynkrasie gegen Wismut eine Ausnahmeerscheinung ist. Viele zehntausende, wohl hunderttausende von Menschen haben in Deutschland bereits Wismutinjektionen erhalten, und dennoch ist die Zahl der in der Literatur beschriebenen fakultativen Nebenwirkungen klein, so klein, daß — auch unter Berücksichtigung der Tatsache, daß längst nicht alle Fälle veröffentlicht sein dürften — gewiß auf tausend Menschen noch nicht einer mit Idiosynkrasie gegen Wismut kommt. Selbstverständlich verteilen sich die fakultativen Nebenwirkungen prozentual annähernd gleichmäßig auf die

[1]) Über die Nebenwirkungen der Arzneien. Med. Kl., 1914, Nr. 37.

Digitized by Google

verschiedenen Wismutpräparate (mit einer geringen Verschiebung, insofern als es auch Idiosynkrasien gegen bestimmte Wismutverbindungen, außer einer solchen gegen Wismut überhaupt, gibt). Aber es ist natürlich auch selbstverständlich, daß auf ein seit mehr als zwei Jahren in ausgedehntem Gebrauch befindliches Präparat etwas mehr Fälle fakultativer Wismutnebenwirkung kommen, wie auf andere, seit einem oder gar erst seit einem halben Jahre bekannte und 10 oder 20mal seltener benutzte Präparate.

Im folgenden betrachte ich für das erste deutsche Wismutpräparat, das Bismogenol, welches in Deutschland am meisten in Gebrauch ist, die verschiedenen Nebenwirkungen in der oben angeführten Reihenfolge, zunächst die obligatorischen Wismutnebenwirkungen.

Wismutsaum am Zahnfleisch ist bei Kuren mit Bismogenol ebenso wie mit anderen Wismutpräparaten, ein häufiges Vorkommnis. Die Zahlenangaben der Autoren sind etwas schwankend. Bei intensiven Kuren läßt die große Mehrzahl, wenn nicht alle Pat. Wismutsaum erkennen. Dieser Wismutsaum, meist nur angedeutet, ist bei evtl. stärkerem Hervortreten insofern häßlich, als er die Krankheit und Kur Unbeteiligten verraten kann; aber er ist stets unschuldig und verschwindet regelmäßig nach dem Ende der Kur.

Unangenehmer als Wismutsaum ist schon Stomatitis. Ihr Vorkommen bei Bismogenolkuren beträgt im Durchschnitt etwa 1—2%. Mancher Autor sah Stomatitis nur ganz vereinzelt oder auch gar nicht. Eine Aufstellung (BOELSEN[1]) gibt ein Vorkommen von 6% an. Diese erklärlichen Unterschiede sind durch die Mundbeschaffenheit und Nachlässigkeit der Pat. bedingt. Schlechte, ungepflegte Zähne, bereits vorhandene Gingivitis, starkes Rauchen usw. begünstigen das Entstehen einer Stomatitis. Das übereinstimmende Urteil aller Autoren aber geht dahin, daß Bismogenol- wie überhaupt Wismutstomatitis zu allermeist sehr viel milder verläuft und nach Aussetzen der Kur rascher abheilt als Quecksilberstomatitis. Außerordentlich selten ist eine stärkere Entzündung und eine davon ausgehende gesundheitliche Schädigung. Für Bismogenol sind bisher zwei solche Fälle bekannt geworden. SEEDORF[2]) berichtet über Auftreten einer Kiefernekrose, welche Folge der Sekundärinfektion einer Bismogenolstomatitis war und operative Entfernung eines Teiles des Kiefers erforderte. Einen entsprechenden Fall sah SMERCHULA[3]) bei einer übermäßig rauchenden Prostituierten. Hier ereignete sich der üble Zufall, daß die Kranke auf dem Operationstisch in Narkose verstarb, als der nekrotische Kiefer reseziert werden sollte. Dieser tödliche Ausgang ist gewiß die indirekte Folge der Wismutanwendung, aber er kam durch eine Verkettung ungünstiger Umstände zustande. Er ist nicht durch das Bismogenol an sich, also nicht etwa durch die besondere chemische Bindung des Wismut in Bismogenol verursacht; vielmehr kann bei jedem anderen Wismutpräparat — da ja Stomatitis eine obligatorische Wismutnebenwirkung ist — sich ereignen. Gänzlich anders liegt der nach einer Wismuleninjektion in d. Derm. W., 1924, Nr. 19 berichtete Todesfall: ein 20 Jahre alter, kräftiger, abgesehen von Lues gesunder Mann brach unmittelbar nach einer intravenösen Wismuleninjektion tot zusammen. Der Tod trat somit als direkte Folge der Injektion des Präparates ein.

Reizung gesunder Nieren durch Wismut, also auch durch Bismogenol, sind bei zu hoher Dosierung ein unvermeidliches Geschehnis. Bei richtiger Dosierung dagegen kommt es nur in einem meist kleinen Teile der Fälle zu vorübergehender Epithelurie und weiter evtl. zu Albuminurie. Wismutalbuminurie ist immer gering, bis höchstens 1/2 pro mille Albumen nach ESBACH[4]). Absetzen des Medikaments ergibt stets rasches Abklingen der Nierenreizung, welche dann bei der nach einiger Zeit fortgesetzten Kur gewöhnlich nicht wieder auftritt. Vielfach kann die Bismogenolkur sogar trotz leichter Nierenreizung fortgeführt werden[5]). Die bei Bismogenol vorkommenden Nierenstörungen bezeichnet auch FISCHER[6]) als gutartig, so daß sie eine Kontraindikation gegen die Anwendung des Mittels nicht darstellen. Es macht den Anschein, daß gewisse Verbindungen des Wismut die Nieren in etwas höherem Grade reizen als andere. Zu den für die Nieren bestverträglichen Wismutverbindungen gehört das oxybenzoesaure Wismut (Bismogenol). Das besagen Tierexperimente, und das lassen auch vergleichende Aufstellungen, so diejenige von BIEDER (l. c.) erkennen. BIEDER fand Albuminurie bei Bismogenol in 10%, bei Spirobismol in 16%, bei Nadisan in 35% der mit den Mitteln behandelten Kranken. Wie relativ unschädlich gerade Bismogenol für die Nieren ist, zeigt der von PRATER[7]) veröffentlichte Fall. Eine von anderer Seite ausgeführte zwei-

[1]) M. Kl., 1923, Nr. 22. — [2]) Derm. W., 1924, Nr. 42b. — [3]) M. Kl., 1924, Nr. 25. — [4]) BIEDER, M. m. W., 1924, Nr. 37. — [5]) RICHTER, D. m. W., 1923, Nr. 28. — [6]) W. kl. W., 1924, Nr. 27. — [7]) Derm. W., 1923, Nr. 14.

Digitized by Google

malige zehnfache Überdosierung des Bismogenol löste eine Albuminurie von $^1/_4$ pro mille aus, welche in etwa drei Wochen folgenlos heilte. Die sonderbare Behauptung Citrons[1]) über angebliche besondere Gefährdung der Nieren durch Bismogenol steht vereinzelt da und hält der Prüfung nicht stand, ist vielmehr zahlenmäßig widerlegt. Das über geringe Gefährdung der Nieren durch Bismogenol Gesagte gilt allerdings nur für gesunde Nieren, was in der ersten Zeit der Wismutära noch nicht bekannt war. Kranke Nieren werden durch Bismogenol — und natürlich durch jedes andere Wismut — sehr leicht ernstlich in Mitleidenschaft gezogen. Eine bereits bestehende Nephritis oder Nephrose — abgesehen von Nephrosis syphilitica[2]) — kontraindiziert die Wismut- und damit die Bismogenolanwendung. Außerachtlassen dieser anfänglich noch nicht bekannten Erfahrungstatsache scheint die in der ersten Zeit der Bismogenolanwendung vorgekommenen stärkereren Nierenschädigungen verschuldet zu haben. So berichtet Neuendorf in seiner ersten Publikation[3]) von vier Fällen stärkerer Nierenschädigung, während er im Verlaufe eines weiteren Jahres Bismogenoltherapie[4]) keinen einzigen derartigen Fall mehr gesehen hat. — Kontraindiziert, wie gesagt, vulgäre Nierenentzündung die Anwendung des Bismogenol (wie des Wismut überhaupt), so ist dagegen syphilitische Albuminurie durch intramuskuläre Wismutinjektionen heilbar, was z. B. Louste und E. Hoffmann darlegen und was Nagel[5]) für Bismogenol gezeigt hat. Unzutreffend und irrtümlich ist die Ansicht von Griesbach und Meyerhoff[6]), welche als einzige Autoren Citron beipflichten (an Hand eines einzigen, unrichtig gedeuteten Falles) und meinen, daß Bismogenol Albuminurie verursache, und daß man solche Albuminurie durch ein anderes Bi-Präparat. nämlich Spirobismol, heilen könne. Gr. und M. sagen wörtlich: „Ein Fall von Albuminurie (3 pro mille Esbach) durch Bismogenol ging unter Spirobismolbehandlung restlos zurück, eine Erscheinung, über die auch Citron berichtet hat." Für die Behauptung „durch Bismogenol" bringen die Autoren keinerlei Beweis. Der hohe Eiweißgehalt von 3 pro mille zeigt, daß eine Wismutalbuminurie nicht vorlag. Citron berichtet an der von Gr. und M. zitierten Stelle über Heilung einer Albuminurie in Höhe von 12 pro mille durch Wismut (Spirobismol). In den beiden Fällen (Griesbach und Meyerhoff mit 3 pro mille; Citron mit 12 pro mille Albumen) hat es sich ganz bestimmt um Albuminurie zufolge Nephrosis syphilitica gehandelt, die eben unter Wismut zurückgeht und heilt wie ja auch unter Quecksilber.

Enteritis ist bei Bismogenol in gebräuchlicher Dosis außerordentlich selten und ganz ohne Bedeutung.

Vorübergehendes Aufflammen akuter syphilitischer Krankheitserscheinungen wird bei Hautausschlägen beobachtet, analog dem Vorkommen bei Hg- und Salvarsantherapie: Jarisch-Herxheimersche Reaktion. Diese Reaktion wird natürlich auch bei Bismogenol gesehen. Es gibt ferner ein vorübergehendes Aufflammen der ziemlich seltenen syphilitischen Frühmeningitis, charakterisiert durch Kopfschmerzen, die sich nach wenigen Bi-Injektionen einstellen und recht heftig werden können. Einen solchen Fall sah Külbs bei Bismogenolanwendung und erwähnt[7]) ihn in der Diskussion zum Vortrag E. Hoffmanns (Bonn) in Köln im Juni 1924. Ebenfalls als vorübergehende Zunahme einer meningitischen Reizung sind auch die von Göbl und Voigt erwähnten[8]) Fälle von mehr oder minder starken Kopfschmerzen zu deuten.

Schmerzhafte Infiltrate an den Injektionsstellen, Kiefer- und Zahnschmerzen sind bei Bismogenol von keinem Autor berichtet worden. Diese Nebenerscheinungen sind offenbar nicht für das Wismut an sich, also nicht für alle Wismutpräparate, sondern nur für einzelne Wismutverbindungen, z. B. die weinsauren Bi-Salze, obligatorisch; Zahn- und Kieferschmerzen treten außerdem nur bei intravenöser Injektion auf.

Die Bismogenol-Injektionen werden intramuskulär gemacht. Ein „Kunstfehler" ist es, Bismogenol intravenös oder intraarteriell zu injizieren. Unbeabsichtigtes intravenöses Injizieren dürfte sehr selten sein. Versehentliche intraarterielle Injektion (A. glut. sup.) ist dagegen — bei Außerachtlassen des Lesserschen Kunstgriffes — möglich. Dies Vorkommnis wird von Biberstein[9]) kurz erwähnt und von Freudenthal[10]) näher besprochen. Aus angestochener Arterie gelangen zahlreiche kleinste Bi-Kristalle als Emboli in die Hautarteriolen, mit dem Ergebnis einer schmerzhaften Infiltration und eines örtlichen Exanthems. Dieser Effekt ist für unlösliche Wismut- und Quecksilbersalze bei

---

[1]) Zschr. f. ärztl. Fortb., 1924, Nr. 17. — [2]) E. Hoffmann, Kl. W., 1924, Nr. 34. — [3]) Derm. W., 1923, Nr. 14. — [4]) Derm. W., 1924, Nr. 19. — [5]) D. m. W., 1923, Nr. 34. — [6]) M. m. W., 1924, Nr. 32. — [7]) M. m. W., 1924, Nr. 38, S. 1344. — [8]) M. m. W., 1923, Nr. 5. — [9]) D. m. W., 1923, Nr. 50. — [10]) Arch. f. Derm., 1924, Bd. 147, H. 1.

Digitized by Google

intraarterieller Injektion in gleicher Weise obligatorisch, aber nicht etwa speziell dem oxybenzoesauren Wismut (Bismogenol) eigentümlich, was Reicher[1]) irrtümlich meint.

Es folgen die fakultativen Wismutnebenwirkungen, welche auf Idiosynkrasie des einzelnen beruhen und, wie bereits erwähnt, nur bei sehr wenigen Menschen vorkommen.

Legrwie[2]) sah nach Bismogenol eine stark juckende universelle Purpura, die er selbst als Folge einer „Überempfindlichkeit" des Pat. betrachtete.

Göbl und Voigt[3]) berichteten über eine universelle Dermatitis und ein skarlatiniformes Exanthem nach Bismogenol-Injektion. Auch diese Autoren erkennen als Ursache „Überempfindlichkeit des einzelnen gegenüber dem Medikament".

Ob es sich bei diesen vereinzelten Ereignissen um eine Idiosynkrasie gegen Wismut überhaupt oder gegen die im Bismogenol vorliegende besondere Art der Wismutbindung handelt, läßt sich vorläufig nicht absolut sicher entscheiden. Höchstwahrscheinlich ist das erstere der Fall; denn auch bei Anwendung anderer Wismutpräparate sind entsprechende Hautausschläge einige Male beobachtet.

Im Vergleich zum Vorkommen von Hauterscheinungen bei Salvarsan sind solche bei Bismogenol außerordentlich selten. Denn gerade Salvarsanexantheme geben vielfach Veranlassung, an Stelle von Salvarsan die Kur mit Bismogenol fortzusetzen.

Auftreten rheumatoider Schmerzen in der Schultergürtelmuskulatur ist wohl auch als fakultative Nebenwirkung aufzufassen; aber nicht für alle, sondern nur für bestimmte Wismutverbindungen. Scherber[4]) hat diese Schulterschmerzen hauptsächlich bei Trepol, dann aber auch bei Mesurol auftreten sehen. Bei Bismogenol sind solche Schmerzen noch nicht vorgekommen.

Anhangsweise sei hier noch über einen zunächst noch sonderbar erscheinenden Fall von bedrohlicher Herzschwäche während einer Bismogenolkur berichtet, den Göbl und Voigt[5]) beobachtet haben. Es handelte sich um tertiär-syphilitische Herzerkrankung, wahrscheinlich Myokarditis, die durch jahrelange Joddarreichung nicht behoben worden war. Der Puls betrug dauernd 140—150. Nach Ansicht der Autoren waren die der Überleitung der Herzerregung dienenden Bahnen durch die syphilitische Herzerkrankung in Mitleidenschaft gezogen. Bismogenol wirkte nun so rasch heilend, d. h. das erkrankte Gewebe einschmelzend und vernarbend und dabei die alten Leitungsbahnen schädigend, daß dem Herz nicht ausreichend Zeit blieb, sich neue Bahnen anzulegen. Dadurch erklärt sich die Herzschwäche während der heilenden Kur. Die Bismogenolkur wurde nach einiger Pause mit kleineren Dosen als zuvor erfolgreich fortgesetzt mit dem Ergebnis einer Senkung der Pulszahl auf 80—90. Gleiche Erscheinung von Herzschwäche sahen die Autoren früher bereits bei Salvarsanbehandlung. Sie urteilen, daß man in solchen Krankheitsfällen nur eine milde spezifische Behandlung durchführen soll, um langsam zu heilen. — Bei syphilitischer Herzerkrankung eintretende Herzschwäche ist also nicht dem Wismut als solchen oder gar dem Bismogenol eigentümlich, kann vielmehr durch jede energische spezifische Therapie ausgelöst werden. Es liegt nicht eine Nebenwirkung des Wismuts oder des Salvarsans vor, sondern eine durch die Art der Krankheit — bei zu schneller Heilung — naturnotwendige Innervationsstörung des Herzens.

Die vorstehende Betrachtung der bei Bismogenolanwendung beobachteten wirklichen und scheinbaren Nebenwirkungen macht auf absolute Vollständigkeit nicht unbedingt Anspruch; aber sie ist möglichst vollkommen und mindestens nahezu erschöpfend, da mir jedenfalls kaum etwas Wesentliches entgangen sein dürfte.

Zusammenfassend geht mein Urteil dahin:

1. Die obligatorischen Bismogenolnebenwirkungen sind Wismutnebenwirkungen, stehen nicht in Zusammenhang mit der speziellen Art der Bindung des Wismuts im Bismogenol. Es werden im Gegenteil solche Nebenwirkungen, welche für gewisse andere Bi-Verbindungen eigentümlich sind, durch die im Bismogenol gegebene Verbindung des Wismuts mit Oxybenzoesäure entweder ausgeschaltet oder doch gemildert.

2. Die obligatorischen Nebenwirkungen des Bismogenols sind gering und weitgehend ungefährlich, teilweise sogar geringer und außerdem seltener als bei anderen Wismutpräparaten.

3. Die fakultativen Nebenwirkungen des Bismogenols unterscheiden sich in nichts von denjenigen, welche auch bei anderen Wismutverbindungen vorkommen.

Das Ergebnis besagt mithin: von ernstlichen Nebenwirkungen ist Bismogenol frei. Es ist ein besonders gut verträgliches Wismutpräparat.

[1]) Ther. d. Gegenw., Dez. 1923. — [2]) Kl. W., 1924, Nr. 17. — [3]) M. m. W., 1924, Nr. 27. — [4]) W. m. W., 1924, Nr. 39/40. — [5]) M. m. W., 1924, Nr. 5.

Digitized by Google

Aus der deutschen dermatologischen Klinik in Prag (Vorstand: Prof. C. Kreibich).

Zur Rivanoltherapie der männlichen Gonorrhoe.

Von

Dr. A. Kartamischew und Dr. R. Lewith.

Die guten Heilerfolge mit Rivanol in den verschiedenen Fächern der Medizin und einige recht günstige Berichte über die Anwendung des Mittels auch in der Venerologie (Biberstein, Levy-Lenz) haben uns veranlaßt, die Wirksamkeit und Anwendbarkeit des Rivanols in der ambulanten Gonorrhoebehandlung zu untersuchen.

Das Morgenrothsche Rivanol ist ein Chininderivat (Oxyäthyldiaminoakridin), also ein Präparat, welches kein Silber enthält. Nach den Angaben von Morgenroth besitzt das Mittel folgende zwei besonders hervorzuhebende Eigenschaften, die wir in der Gonorrhoetherapie ausnützen wollten.

1. Seine gewebeschädigende Wirkung ist eine geringe. Morgenroth gibt z. B. an, daß Konzentrationen von 1 : 1000 und 1 : 500 im Bindegewebe der Maus gut vertragen werden und, wenn auch welche leichte Infiltrate auftreten, diese nach 2—4 Tagen sich wieder zurückbilden. Nachdem die von uns angewendeten Lösungen nie eine so hohe Konzentration erreichen sollten, erwarteten wir, daß das Mittel auf die männliche Urethralschleimhaut nicht schädigend einwirken werde.

2. Das Mittel hat auch bei sehr starken Verdünnungen noch eine sehr wirksame keimtötende Eigenschaft. Laut Morgenroths Mitteilungen erwiesen sich Verdünnungen von 1 : 20000 bis 1 : 40000 bei Staphylokokken keimtötend. Da wir durchschnittlich zehnmal so hohe Konzentrationen zur Behandlung der Gonorrhoe anwenden wollten, war ein starker bakterizider Einfluß zu erwarten.

Die von uns mit Rivanol behandelten 52 Fälle von männlicher Gonorrhoe lassen sich in drei Gruppen gliedern, und zwar 1. solche, die mit Rivanol zu Ende behandelt und nach den üblichen Provokationen geheilt entlassen wurden, 2. Fälle, wo Komplikationen während der Behandlung auftraten und nach Abklingen derselben zu Silberpräparaten gegriffen wurde, 3. Pat., die nach einer anfänglichen Besserung nicht mehr erschienen.

Die Behandlung erfolgte in der Weise, daß außer der Anwendung von Balsamika und Tee nur Rivanol zur Verwendung gelangte, wobei insbesondere auf Vakzine- und Proteinkörpertherapie verzichtet wurde, um die alleinige Wirksamkeit des Rivanols beobachten zu können. Die anfänglich zur Behandlung der vorderen Harnröhre angewendeten Konzentrationen von 1 : 2000 bis 1 : 1350 mußten trotz guter Verträglichkeit im allgemeinen wegen zeitweise auftretender Reizerscheinungen und Komplikationen auf 1 : 4000 als Anfangskonzentration herabgesetzt werden. Die Steigerung der Konzentration erfolgte dann im Laufe der Behandlung allmählich unter Berücksichtigung der individuellen Verträglich-

Digitized by Google

keit. Zur Behandlung der hinteren Harnröhre gelangten Druckspülungen von der Verdünnung 1:5000 zur Anwendung, in einem Falle auch Guyonsche Instillationen von $^1/_4$%iger Rivanollösung.

Die Wirkung des Rivanols auf die Gonokokken war verschieden. Im Durchschnitt verschwanden diese am 10.—12. Tage nach Beginn der Lokalbehandlung; die Grenzfälle nach oben und unten betrugen 4 bis 18 Tage. Der Beginn der Lokalbehandlung mit stärkeren oder schwächeren Konzentrationen beeinflußte das Verschwinden der Gonokokken nicht wesentlich. Das Aussehen des Eiters während des Spritzens war von dem des Silbereiters verschieden; er nahm eine intensive Gelbfärbung an. Mikroskopisch fanden sich lange Zeit hindurch gut erhaltene Leukozyten. In vielen Fällen verschwand die Eitersekretion sehr rasch, schon nach einigen Tagen der Lokalbehandlung, und zwar so vollständig, daß es oft nicht möglich war, die zu der mikroskopischen Untersuchung nötige Sekretmenge aus der Harnröhre zu gewinnen.

Das Rivanol leistete in Fällen, wo andere Präparate versagten, manchmal recht gute Dienste, z. B. in einem Falle von drei Wochen langer erfolgloser Reargonbehandlung, der mit Rivanol geheilt werden konnte.

Von Komplikationen während der Rivanolbehandlung, zum Teil bei den anfänglichen starken Konzentrationen aufgetreten, wurde zweimal Oedema praeputii, zweimal periurethrale Infiltrate und einmal Hämaturie beobachtet. Diese Fälle wurden mit Silberpräparaten zu Ende behandelt. In fünf Fällen kam es zu Prostatitiden und in vier Fällen nach Aussetzen der Therapie zu Rezidiven. Auch Fälle, wo während der Behandlung die Gonokokken einige Tage hindurch verschwunden waren, dann wieder auftraten, wurden beobachtet. Unter weiterer Rivanolbehandlung aber verschwanden sie meistenteils endgültig.

Zahlengemäß zusammengefaßt ergibt sich, daß von den 52 behandelten Fällen 20, also 38% nach durchgemachter Provokation als geheilt betrachtet werden konnten. Unter den 20 geheilten Fällen waren 14 Anteriores, 3 Posteriores ohne Komplikationen und 3 mit Prostatitiden. Hier möchten wir bemerken, daß zusammen 24 Fälle von Gonorrhoe anterior in Behandlung kamen und davon 14, also 58% komplikationslos zur Heilung gebracht wurden. Von den übrigen 28 Fällen, die mit Gonorrhoe totalis bzw. Komplikationen in Behandlung traten, konnten 6, das sind 25% geheilt werden, wobei zu bemerken ist, daß in allen diesen Fällen nur mit Rivanol, evtl. Massage, jedoch ohne Vakzinetherapie, Arzberger usw. behandelt wurde.

Nun einige Worte über das Mittel selbst. Die den Pat. verordnete Rivanollösung ist eine hellgelbe Flüssigkeit, welche zwar die Wäsche gelb färbt, doch können nach Angaben der Pat. die Flecke mit Seife und warmem Wasser aus der Wäsche entfernt werden. Subjektive Beschwerden, wie z. B. Brennen, sind beim Einspritzen gering, besonders wenn das Spritzen mit schwachen Lösungen begonnen wird. Der Kostenpreis der Lösung ist niedrig; ferner ist das Mittel, da das Rivanol in anderen Fächern der Medizin auch Anwendung findet, leicht erhältlich.

Kurz zusammengefaßt kann über das Rivanol folgendes gesagt werden:

1. Unseren Hoffnungen, in diesem ein Mittel zur Gonorrhoebehandlung zu finden, das auch in geringen Konzentrationen gonokokkentötend,

Digitized by Google

dabei aber nicht gewebeschädigend wirkt, hat es nur teilweise entsprochen, denn die gonokokkentötende Wirkung ist zwar tatsächlich vorhanden, dagegen verursachte das Mittel mehr Reizerscheinungen, als wir erwartet hätten.

2. Am besten wurden mit Rivanol Gonorrhoen der vorderen Harnröhre beeinflußt, bei welchen in 58% Heilung erzielt werden konnte.

3. Weniger gute Erfolge gaben totale Gonorrhoen bzw. komplizierte und chronische Fälle. Heilung in 25%.

4. Wir empfehlen nicht zu hohe Konzentrationen. Die von Biberstein, wenn auch langsam ansteigend verwendeten Lösungen bis 1 : 800, sogar 1 : 500 halten wir für zu konzentriert.

Auf Grund unserer Erfahrungen glauben wir, daß das Rivanol in die Reihe der Antigonorrhoika eingereiht werden kann. Es ist zwar kein hochwirksames Mittel, aber sicher ein Mittel, das in gewissen Fällen gute Dienste leistet, insbesondere dort, wo Silberpräparate versagen, wäre es anzuwenden. Schließlich erscheint es nicht unmöglich, daß sich in der Reihe der Akridinderivate noch wirksamere Gonorrhoepräparate finden werden.

Literatur.

J. Morgenroth, R. Schnitzer und E. Rosenberg, Über chemotherapeutische Antisepsis. D. m. W., 1921, Nr. 44. — Hans Biberstein, Versuche mit Rivanol bei Gonorrhoe und Pyodermien. D. m. W., 1922, Nr. 23. — Fritz Härtel und v. Kishalmy, Chemotherapeutische Behandlung akuter Eiterungen mit Morgenroths Rivanol. D. m. W., 1921, Nr. 48. — Klapp, Über die erneute Fortsetzung der Gewebsantisepsis. D. m. W., 1921, Nr. 46. — Levy-Lenz, Die Behandlung chronisch verlaufender Ulcera mollia mit Rivanol. M. Kl., 1923, Nr. 2.

Referatenteil

redigiert von Dr. Marie Unna, Hamburg-Bergedorf.

Fachzeitschriften.

Giornale italiano delle malattie veneree e della pelle.

Bd. 24, H. 4.

Untersuchungen über die Unregelmäßigkeiten und Störungen des Verhornungsprozesses bei den hauptsächlichen Krankheitszuständen der menschlichen Haut. Epitheliome und Zysten (Richerche sulle anomalie e le alterazioni del processo della corneificazione nei principali stati morbosi della cute umana. Epiteliomi e cisti), von L. Martinotti, Derm. Univ.-Kl. Siena. S. 1353. Bei den oberflächlichen Epitheliomen, die meist vom basozellulären Typus, trifft man selten oder gar nicht auf Verhornungsvorgänge. Bei der multiplen senilen Epitheliombildung bestehen die Hornschichtveränderungen der Keratome neben denen der ursprünglichen Warzenbildungen. Beim papillären Epitheliom können die papilliformen Erhebungen von einer verschieden dicken Eleidin- oder Paraeileidinschicht bekleidet sein, manchmal von einer Mischung aus beiden. Auch kann Eleidinogen, Dyshyalosis und Hyperhyalosis vorhanden sein. Beim Kankroid steht die Hornperlenbildung im Vordergrund, die bald aus Eleidinogen, bald aus reinem Eleidin bestehen und fast immer Paraeleidinogen- und Paraeleidinkerne aufweisen. Manchmal beobachtet man richtige eleidinogene oder eleidine Degeneration. Das Epithelioma corneum zeigt die Verhornungsanomalien der Hauthörner mit atypischen neo-

Digitized by Google

plastischen Wucherungen. Verhornungstypen der Epitheliome: 1. in der Regel Fehlen beim Basalzellenkrebs. 2. Beim Krebs der Stachelzellenschicht haben jene Formen aus verkümmerten hellen, fibrillenarmen Zellen keine Verhornungen. Die filamentreichen Formen zeigen verschiedene Verhornungsprozesse mit Bildung von Eleidin oder Eleidinogen oder von Degenerationsprodukten, welche zu echten Kankroidperlen führen. Bei allen Epitheliomen kann die Verhornung mitten in der Neubildung oder an der Oberfläche erfolgen. Die Eleidin- oder Eleidinogendegeneration betrifft selten die Kerne, meist das Protoplasma. Bei den Zysten und Pseudozysten des Epithels können Verhornungen vorhanden sein wie auch fehlen. Der Autor unterscheidet: 1. Basalzellenzysten ohne Verhornung. 2. Zysten und Pseudozysten des Malpighischen Körpers, meist ohne Verhornung oder mit starker eleidinogener oder Eleidindegeneration. 3. Keratohyaline und Pseudokeratohyalinzysten, selten. 4. Eleidinzysten mit Eleidinverhornung der Wand. 5. Paraeleidinzysten. 6. Keratinzysten. 7. Parakeratinzysten.

Neuer Beitrag zum Studium des Mechanismus der therapeutischen Proteinkörpertoxikose bei den Haut- und Geschlechtskrankheiten (Nuovo contributo allo studio del meccanismo della proteotossicosi terapeutica nelle malattie cutanee e veneree), von G. Mariani, Derm. Univ.-Kl. Cagliari. S. 1373. Sehr kleine Proteinmengen können mächtige Wirkungen erzielen, die in keinem Verhältnis zu den eingeführten Dosen stehen. Die verschiedensten Proteine können dieselben Lokal- und Allgemeinreaktionen hervorrufen. Andererseits haben alle Proteine und Proteingruppen nach Grad und Art von anderen verschiedene Charaktere, was von der molekularen Beschaffenheit der eingeführten Proteine abhängt. Man kann mit der Einführung eines bestimmten Proteinkörpers die gleichen Erfolge bei sehr verschiedenen Krankheitsformen erzielen. Doch können die gleichen Proteinsubstanzen trotz gleicher Dosis und gleicher Einverleibungsart auch sehr wechselnde und verschiedenartige Reaktionen bei von verschiedener Krankheit befallenen Personen auslösen, und Grad und Art der Allgemein- und Lokalreaktionen lehnen sich in ihrem Charakter streng an die Besonderheit der Krankheitserscheinungen im Verlauf der mannigfaltigen pathologischen Einheiten an. Das gleiche Protein kann bei von derselben Krankheit ergriffenen Personen nach Grad und Art sehr verschiedene Reaktionen auslösen, nicht abhängig vom Protein, sondern von den individuellen Verhältnissen der Person. Die Reaktionen fallen verschieden aus nach den Beziehungen zwischen Krankheitsart und Reaktion. Bei den Infektionskrankheiten heftige Reaktion, Aufflammen schon bestehender und Entstehung neuer Hautherde. Bei den angeboren-dyskrasischen, toxischen oder neoplastischen, mit Dysfunktion verbundenen Leiden auch bei hohen Dosen keine oder spärliche Reaktionen von ungenauem und wechselndem Charakter.

Von den Ursachen, welche die Härte des Primäraffektes bestimmen (Sulle cause che determina la durezza del sifiloma iniziale), von E. Bizzozero, Derm. Univ.-Kl. Turin. S. 1482. Als Ursachen der Verhärtung der Schanker kommen in Betracht: die Dichtigkeit des Infiltrates, die Ersetzung der normalen kollagenen Grundsubstanz durch ein reiches festes Netz von Fasern, die sich nach der Methode von Bielshowski färben, die Verdickung der Wände der Lymph- und Blutgefäße und die Struktur der Gegend, welche der Sitz des Schankers ist (vor allem bei den Schankern des Sulkus der Fall; hier führen auch nichtsyphilitische Prozesse zu Verhärtungen).

Der Wert der Intrakutanreaktion mit Pferdeserum bei der Diagnose der Tuberkulose (Reaktion Busaccas) (Il valore della intradermoreazione con siero di cavallo nella diagnosi della tuberculosi [Reazione di Busacca]), von B. Cartia, Derm. Kl. Mailand. S. 1495. Die Reaktion hat nicht den von Busacca versprochenen diagnostischen Wert. Sie kann bei Nichttuberkulösen auftreten, bei Tuberkulösen (Lupus z. B.) fehlen.

Beitrag zum Studium der Talgabsonderung (Contributo allo studio della secrezione sebacea), von A. Rabbeno, Phys. Inst. Univ. Turin. S. 1509. Die Versuche wurden vom Autor selbst im Juli und November in Turin und im August im Institut Mosso auf dem Colle d'Olen ausgeführt. Die Talgabsonderung hängt von der Temperatur der Umgebung, nicht von Muskelarbeit und Schweiß ab. Sie steigt mit der Temperatur.

Über einen Fall von Dermatitis herpetiformis pustulosa et vegetans, geheilt durch Behandlung mit Eigendarmvakzine (Sopra un caso di dermatite erpetiforme pustolosa e vegetante, guarito con la auto-entero-vaccinoterapia), von P. A. Meineri, Derm. Univ.-Kl. Turin. S. 1255. Die Vakzine wurde nach der Methode von Danysz aus dem Kot durch Abimpfung gewonnen. Die Injektionen waren fast schmerzlos, die Fieberreaktionen sehr gering. Nach vorübergehender Verschlechterung voller Erfolg. Zuerst schwand der Juckreiz.

Digitized by Google

Zwei Familien mit Ichthyosis vulgaris auf Grund von Erbsyphilis (Di due famigli con ittiosi volgare per eredo-sifilide), von A. Mucci. Derm. Univ.-Kl. Rom. S. 1535. Bei je vier Geschwistern aus zwei Familien bestand Ichthyosis verschiedenen Grades. Verf. bringt sie in Verbindung mit der gleichzeitig vorhandenen Erbsyphilis.

Venerische Geschwüre am linken Mundwinkel infolge Autoinokulation (Ulcera venerea da autoinoculazione alla commessura labiale sinistra), von P. Stancanelli-Catania. S. 1542.

Methode der Schnell- und Elektivfärbung der Spirochaete pallida in Einzelschnitten syphilitischen Gewebes (Gefriermethode oder eingebettetes Material) (Metodo di colorazione rapida ed elettiva della spirocheta pallida nelle singole sezioni di tessuto sifilitico [al congelatore o da materiale incluso]), von G. Armuzzi, Derm. Univ.-Kl. Bonn a. Rh. S. 1547. Kurze Fixierung in Alkohol oder 10%igem Formalin. Feine Schnitte mit dem Gefriermikrotom. Einstündiger Aufenthalt in konzentrierter Pyridinlösung. Gründliches Auswaschen in Wasser. Einstündiger Aufenthalt in 96%igem Alkohol. Eine Minute in Wasser. Einstündiger Aufenthalt in 5%iger Uranylsulfatlösung (Merck) bei Zimmertemperatur und Lichtabschluß. Eine Minute in Wasser. Dreistündiger Aufenthalt in 2%iger Argentumlösung im Dunkeln und bei Bluttemperatur (Glasdose!). Dann Übertragen in einen Glaszylinder mit 5 ccm ¼%iger Silbernitratlösung. Langsames Aufträufeln von 20 ccm 70%iger Gummi-arabicum-Lösung (Merck). Vorsichtiges Mischen mittels Glasstab. Nachher Aufschichten von 5 ccm 5%iger frisch bereiteter Hydrochinonlösung. Die Schnitte dürfen nicht in unmittelbare Berührung mit dieser kommen. Jetzt langsames Mischen der beiden Schichten durch vorsichtiges Bewegen oder Glasstäbchen. Nun fangen die Schnitte an gelblich zu werden; nach 10 bis 15 Minuten ist gold- oder kastanienbraune Farbe erreicht. Vorsichtiges Übertragen in destilliertes Wasser und wiederholtes Auswaschen. Alkohol, Xylol, Balsam. Auch Paraffinschnitte können so behandelt werden. Doch kommen da häufig Niederschläge vor. Nachteile der Methode sind Niederschläge, Silberimprägnierung der Chromatophoren und der Epithelzellen.

Die Röntgenbehandlung der Ekzeme (La Röntgenterapia degli eczemi), von C. Guarini-Neapel. S. 1551. Nur filtrierte Strahlen. Mittelharte (0,2 A°), 1—2 mm Aluminium. Keine großen Dosen. Dosen nicht höher als 2—3 H. in der Sitzung, im ganzen nicht mehr als 10—12 H. Am Anfang Zwischenzeit zwischen zwei Sitzungen, später mehr. Bei chronischen Ekzemen ist die Röntgenbehandlung die Methode der Wahl. Die Röntgenbehandlung greift örtlich an, doch kann sie in manchen Fällen auf dem Umwege über Organbestrahlung wirken. A. v. Notthafft-München.

Journal d'Urologie.

1924, Bd. 17, Nr. 5.

Fortschritte auf dem Gebiete der Strahlendiagnostik der Harnwege (Les acquisitions récentes en radiologie des voies urinaires), von J. François-Antwerpen. S. 353. Pyelographie: Technik wie auch sonst üblich, Material 10—20%iges Jodnatrium, Injektion mit Mohrscher Bürette oder — vorsichtig — mit einer Spritze. Zur Aufnahme weiche Strahlen. Vorsichtige Rücksaugung der Injektionsflüssigkeit. Indikationen: Flankenschmerzen bei Verdacht auf Hydronephrose, bei Verdacht auch für Röntgenstrahlen durchlässige Steine, bei schmerzhafter Wanderniere, bei renaler Pyurie nach Ausschluß von Tuberkulose, bei renaler, zystoskopisch festgestellter, nicht tuberkulöser Hämaturie, bei Prostatikern zur frühen Aufdeckung uretero-pyelitischer Dilatationen und schließlich zur genauen Diagnose von Uretersteinen. — Pneumoradiographie der Niere: Technik wie üblich, Material Kohlensäure; kaum gefährlich, manchmal Mißlingen der Prozedur. Die Methode hat Wert bei der Feststellung, ob eine Niere vorhanden ist, bei Anomalien (Hufeisenniere), bei Kalkulose, bei Nierentumoren, für die Diagnose der polykystischen Niere und bei manchen Hydronephrosen, wenn der Ureterenkatheterismus unmöglich ist. — Zystoradiographie: Material nach vielen Versuchen „Gelobarite" (pastiges Mittel antero-posteriär, axial und gegebenenfalls noch profilär. Von Wert bei Blasendivertikeln und bei Tumoren (auch zur Abgrenzung gegen solche extravesikalen Sitzes), besonders wenn die Zystoskopie unmöglich ist. Keine besonderen Kontraindikationen im Vergleich zur Zystoskopie.

Digitized by Google

Die Pyelographie bei der Nierentuberkulose (La pyélographie dans la tuberculose rénale), von M. Négro-Paris. S. 378. Da man sich mit den übrigen diagnostischen Methoden, besonders mit dem Ureterenkatheterismus und der Phenolsulfophthaleinprobe sich ein genügendes Bild von der Erkrankung der betreffenden Niere machen könne und die Pyelographie den Chirurgen — andere schon gar nicht — nicht weiter führt, kommt Negro dazu, sie bei der Nierentuberkulose abzulehnen. „Sie ist bei der Nierentuberkulose nur eine Sache der Neugier" (Marion).

Am Blasenhals sitzendes Blasenpapillom als Ursache von Harnverhaltung (Papillome vésical inséré sur le col donnant lieu à de la rétention d'urine), von Ch. Perrier-Genf. S. 410. 55jähr. Mann, der schon fünf Jahre früher wegen eines Blasenpapilloms operiert worden war. Jetzt Rezidiv, das zu Harnverhaltungen geführt hat. Restharn 450 ccm, leicht trüb-blutig. Balkenblase. Wieder in Rückenmarksanästhesie Sectio alta. Entfernung des 4 : 3 : 2,5 cm großen Tumors. Allmähliche, langsame Heilung; schließlich ist auch die Balkenbildung in der Blase fast ganz verschwunden.

E. Sklarz-Berlin.

Dermatologische Zeitschrift.

1925, Bd. 42, H. 6.

Beitrag zur Entstehung des Pigments nach Untersuchungen am menschlichen Auge, von P. Wätzold, Univ.-Augenkl. Berlin. S. 323. Verf. hat acht Fälle von Nävus, der teils am Limbus, teils an der Karunkel bzw. Plika lokalisiert war, untersucht, ferner zum Vergleich noch je einen Fall von reinem Pigmentfleck, atypischer Epithelwucherung nach Trauma und einen Fall von Argyrosis. Ein Fall war besonders interessant, weil er außer einem Nävus an der Conjunctiva bulbi noch einen zweiten an der Conjunctiva tarsi an entsprechender gegenüberliegender Stelle aufwies. In keinem einzigen Fall hatte Verf. den Eindruck, daß das Pigment von Mesodermalzellen gebildet wird. Stets ging aus den Zellbildern hervor, daß nur die Basalzellen die eigentlichen Pigmentbildner sind. Die Melanophoren (Chromatophoren) haben lediglich die Aufgabe, von den Pigmentbildnern das Pigment aufzunehmen und weiter abzugeben oder fortzuschleppen, und zwar in die Blutbahn, sei es direkt durch die Kapillaren oder indirekt durch die Lymphbahnen. Verf. setzt sich sodann auf Grund seiner Untersuchungen für die hämatogene Entstehung des Pigmentes ein, die bereits durch die Beobachtungen von Redslob und die von E. Hoffmann und Zurhelle eine wesentliche Stütze erfahren hat. Die genannten Autoren haben nämlich nachgewiesen, daß in der sonst pigmentfreien Hornhautmitte sich Pigment nur dort bildet, wo neugebildete Blutgefäße für die Zufuhr der für die Pigmentbildung erforderlichen Stoffe sorgen. Auch bei den vom Verf. untersuchten Fällen ist der Zusammenhang zwischen Blutgefäßneubildung und -verteilung einerseits, Pigmentbildung und seiner Verteilung andererseits stets deutlich hervorgetreten.

Die Blutserumlipase bei Hauttuberkulösen, von S. Somogyi, Derm. Kl. Budapest. S. 342. Der Gehalt an Lipase ist im Serum Hauttuberkulöser größer als im Serum Lungentuberkulöser, ferner in gutartigen Fällen von Hauttuberkulose größer als bei progredienten Prozessen und bei Tuberkuliden größer als bei gesunden Individuen. Die Untersuchungen wurden nach der von Rona-Petow-Schreiber angegebenen Methode ausgeführt.

Über unspezifische Intrakutantherapie bei Hautkrankheiten, von F. Hoff und K. Heesch, Städt. Krankenanst. Essen. S. 348. Verff. berichten über erfolgreiche Beeinflussung von Hautkrankheiten durch intrakutane Einverleibung von Aolan oder Eigenblut. Die Wirkung setzt oft schon nach der ersten Injektion ein. Eine negative Phase im Sinne einer Herd- oder Allgemeinreaktion geht der Besserung der Affektion niemals voraus.

Kritische Bemerkungen zur Arbeit: Die Gonorrhoebehandlung bei Frauen, besonders die Heilfieberbehandlung mit Milchinjektionen von Werner G. Rumpel (Stadtkrankenhaus Dresden-Friedrichstadt), von H. Odenthal und F. Kohl. Abt. f. Haut- u. Geschlechtskrkh. Städt. Krankenanst. Aachen. S. 352. Nach Anwendung der von Rumpel empfohlenen gleichzeitigen Verabreichung von Arthigon intravenös und Milch intramuskulär zur Erzeugung von Fieber traten bei einer Pat. mit chronischer Zervikalblennorrhoe sehr bedrohliche Nebenerscheinungen (Benommenheit, Delirien) auf. Trotz Temperatursteigerung von 43° rektal von einer Stunde Dauer konnten nach drei

Digitized by Google

Tagen wieder Gonokokken nachgewiesen werden. Auch bei anderen Pat. wurde die gewünschte Temperatur erzielt, ohne daß die Gonokokken restlos beseitigt werden konnten. Vereinzelt reagierten Kranke selbst auf wiederholte Injektionen in keiner Weise. Bei fast allen Pat. trat die Menstruation verfrüht auf. F. Harry-Wiesbaden.

Annales de Dermatologie et de Syphiligraphie.

1924, Bd. 5, Nr. 11.

Der Werdegang der neuzeitlichen Lehren über die Syphilis (L'avènement des doctrines syphiligraphiques modernes), von G. Thibierge. Unter diesem Titel bringt der Verf. die Verdienste von J. Rollet um die Erforschung der Syphilis anläßlich der hundertsten Wiederkehr seines Geburtstages in Erinnerung. Die Leitsätze über das Wesen der Syphilis aufgestellt zu haben, die heute noch gelten, ist das Verdienst französischer Forscher und ist mit den Namen Ricord, Bassereau und Rollet verknüpft. Rollet verstand es in genialer Weise, aus den vorliegenden Versuchen Ricords und den scharfen Beobachtungen des Klinikers Bassereau Schlüsse zu ziehen und sie selbst weiter durch Experiment und klinische Betrachtungen zu erhärten. Seine Bedeutung kann im Rahmen eines Referates am kürzesten durch die Wiedergabe einiger Titel seiner zahlreichen Arbeiten klargemacht werden: Ansteckungsstoffe bei Hautkrankheiten. Klassifizierung von Hautkrankheiten. Über Zerstörung weicher Schanker mit Zinkchloratbrei. Analyse der Ricordschen Lehren über den Schanker. Klinische Studien über den durch Infektion von Sekundärluetischen hervorgerufenen Schanker der Brustwarze und des Mundes. Untersuchungen über mehrere seltene oder tropische Hautkrankheiten, die man der Syphilis zuschreiben möchte. Gerichtliche Medizin und Syphilis der Neugeborenen. Über die Übertragung der Syphilis zwischen Säugling und Amme vom Standpunkt der gerichtlichen Medizin. Die Syphilis der Glasbläser, indurierter Schanker der Lippe, der für ein Kankroid gehalten wurde. Internationale Prophylaxe der Geschlechtskrankheiten. Die sehr lesenswerte Abhandlung enthält außer einer kurzen Biographie Rollets auch noch eine Beschreibung des Lyoner Krankenhauses L'Antiquaille, des Schauplatzes seiner segensreichen Tätigkeit. F. J. Baar-Bad Kreuznach.

Japanese Journal of Dermatology and Urology.

1924, Bd. 34, Nr. 5.

Über Granuloma annulare, von Ch. Tanimura, Univ.-Hautkl. Kiel. S. 21. Beobachtungen an elf Fällen von Granuloma annulare der Kieler Hautklinik und Mitteilung der mikroskopischen Befunde, auf Grund deren Verf. diese Dermatose in enge Beziehung zu den papulo-nekrotischen Tuberkuliden setzt.

1924, Nr. 34, Nr. 6.

Bismutpräparate gegen die Syphilis, von K. Dohi und H. Kanno, Univ.-Hautkl. Tokio. S. 47. Die Wismutpräparate bewährten sich in jeder Hinsicht in allen Stadien der Lues. Ihre Wirkung kommt zwar dem Salvarsan nicht gleich, übertrifft aber das Quecksilber bei weitem. Ungewöhnliches beobachteten die Verff. nur in einem Fall von Lues papulo-pustulosa, wo nach mehreren Milanolinjektionen eine deutliche Herxheimersche Reaktion um die Pusteln herum entstand. Die Wismutbehandlung wurde fortgesetzt; es bildete sich nun hieraus eine richtige Rupia syphilitica, die erst nach Aussetzen des Wismuts und Beginn einer Salvarsankur abheilte.

Experimentelle und klinische Studien über die Wirkung eines neuen Haarwuchsmittels „Genkwa", von Y. Kitahara, Derm. Univ.-Kl. Kyushu. S. 49. Das Haarwuchsmittel ist nach dem Prinzip des Zuntzschen Humagsolans hergestellt und soll im Tierversuch (Kaninchen, Ziege) Körpergewichtszunahme und vermehrten Haarwuchs erzeugen. Beim Menschen sollen nach Ablauf von vier Wochen bis sechs Monaten bei Gebrauch des Mittels (per os) die kahlen Stellen der Alopecia areata oder seborrhoica wieder behaart sein. Näheres über die Versuchsanordnung oder über Kontrollversuche wird in diesem Autoreferat nicht angegeben. A. de Lemos-Hamburg.

Digitized by Google

Proceedings of the Royal Society of Medicine, Section of Dermatology.

Sitzung vom 15. Mai 1924.

A. Civatte: **Psoriasis und seborrhoisches Ekzem: pathologische Anatomie und histologische Diagnose der beiden Dermatosen** (Psoriasis and Seborrhoeic Eczema: Pathological Anatomy and Diagnostic Histology of the Two Dermatoses). Die klinische Differentialdiagnose kann zweifelhaft bleiben, histologisch sind die beiden Affektionen scharf voneinander zu unterscheiden; das seborrhoische Ekzem ist den Ekzematiden zugehörig. Die histologische Formel der Psoriasis ist eine ganz besondere, mit nichts anderem vergleichbare; sie ist von den Ekzematiden scharf zu trennen. Es gibt Fälle von nässender Psoriasis, die viele Dermatologen mit Rücksicht auf das Nässen als seborrhoisches Ekzem bezeichnet hätten. Es wäre paradox, mit Psoriasis alle oder auch nur eine große Zahl der Seborrhoiden zusammenzufassen. Der wesentliche histologische Befund der ausgebildeten Effloreszenz charakterisiert sich bei den Ekzematiden als Mononukleose, Bläschenbildung und Spongiose (interzelluläres Ödem), bei Psoriasis als Polynukleose, keine Bläschen, jedoch Zerreißung des Rete mucosum; intrazelluläres Ödem wesentlich stärker als interzelluläres, geringe oder keine eigentliche Spongiose.

Sitzung vom 16. Oktober 1924.

H. C. Semon: **Fall zur Diagnose (Sarkoid?)** (Case for Diagnosis [Sarcoid?]). Mehrere hautfarbene Wucherungen von weicher Konsistenz, seit $2^1/_2$ Jahren entwickelt. Histologisch granulomatöses Gewebe. Allerdings wäre bei Annahme des Sarkoids das Fehlen typischer epithelioider und Riesenzellen auffallend.

H. W. Barber: **Fall von multiplen Basalzellenepitheliomen** (Case of Multiple Basalcelled Epitheliomata). Geschwülste an Kopf, Rücken, Brust, zum Teil ulzeriert, stellenweise auch spontane Involution.

H. W. Barber: **Fall von Arsendermatitis mit multiplen Epitheliomen** (Case of Arsenical Dermatitis with Multiple Epitheliomata). Nach anscheinend lange ausgedehnter Arsenmedikation wegen Psoriasis intensive braune Pigmentierung, Hyperkeratose der Palmae und Plantae, große wuchernde Geschwülste an Kopf, Gesicht, Ohren, Oberarmen. Bedeutende Besserung nach Röntgen.

H. W. Barber: **Fall von Parapsoriasis** (Case of Parapsoriasis). Die Eruption im Gesicht gleicht Lupus erythematosus, die am Rumpf Parapsoriasis; an den Beinen schuppende, follikuläre Papeln.

J. E. R. McDonagh: **Fall von Xanthoma diabeticorum, behandelt mit einer Schwefelverbindung von Histidine (Thiol-amino-methyl-Glykoxaline** (Case of Diabetic Xanthoma Treated with a Sulphur Compound of Histidine [Thiol-amino-methyl-glycoxaline]). Die Hauterscheinungen schwanden, der Blutdruck sank.

S. E. Dore: **Fall von Lepra** (Case of Leprosy). Kind mit nodulärer Form, dessen Vater an Lepra anaesthetica gelitten hatte.

S. E. Dore: **Fall von Morphoea guttata** (Case of Morphoea guttata). Seit $1^1/_2$ Monaten erkranktes 13jähr. Mädchen. Mehrfache Gruppen weißer Flecke, vereinzelte schuppend und leicht erhaben.

F. Parkes Weber: **Xanthose an Händen und Füßen bei Diabetes mellitus („Ochrodermatosis" von Castellani, „Xanthochromia cutis" der französischen Autoren)** (Xanthosis of Hands and Feet in Diabetes Mellitus [„Ochrodermatosis" of Castellani, „Xanthochromia Cutis" of French Authors]). Diabetiker, der viel grüne Vegetabilien zu sich genommen hatte, besonders Kohl. Diese Vegetabilien enthalten das gelbe Pigment Karotin, wodurch die Entwicklung der Xanthose beeinflußt wurde.

J. M. H. MacLeod und J. E. M. Wigley: **Fall von lymphatischer Leukämie mit Erythrodermie** (Case of Lymphatic Leukaemia with Erythrodermia). Beginn der Hauterscheinungen unter der Form eines akuten Ekzems. Blut- und histologischer Befund.

H. MacCormac: **Fall von Lupus erythematosus und Arthritis, mit Kochsalzeinspritzungen behandelt** (Case of Lupus Erythematosus and Arthritis Treated by Saline Injections). Sechs Einspritzungen von 50—200 ccm physiologischer Kochsalzlösung bewirkten Besserung beider Affektionen.

A. Winkelried Williams: **Fall von Pityriasis rubra pilaris** (Case of Pityriasis Rubra Pilaris). Die bedeutende und rapide Besserung wird auf die mit Parathyreoidea-Drüsenbehandlung kombinierte Entfernung septischer Herde der Kiefer bezogen. Die Erkrankung beruht auf einer septischen Infektion.

Digitized by Google

W. F. R. Caste: **Drei Fälle von Dermatitis infolge der Anwendung von Harz** (Three Cases of Dermatitis Due to the Administration of Resin). Nach einer zur Linderung von Keuchhusten verwendeten Harzmasse diffuses Erythem mit Schwellungen unter den Augen. Im Harn kein Eiweiß, kein Harz. E. Levin-Berlin.

Česká Dermatologie.

1925, Bd. 6, Nr. 4.

Unsere Erfahrungen mit der Autohämatotherapie, von F. Šalša-Preßburg. Die Eigenblutherapie kam vorwiegend bei Furunkulose und bei Idrosadenitiden zur Anwendung und gab hier gute Erfolge. Nach 1—2 Injektionen von Eigenblut trat ohne jede andere Medikation Heilung ein. Auch bei beginnendem Herpes ist diese Behandlung zu empfehlen; die Krankheit wird stationär, und es kommt nicht zur Gangrän der Bläschen. Auch bei anderen, der üblichen Therapie trotzenden Krankheiten, wie Urtikaria, Pruritus senilis, akutem Ekzem, Prurigo, ist sie eines Versuches wert. Sie ist einfach und billig und daher auch dem Praktiker zu empfehlen.

Bemerkungen über Ichtoxyl, von A. Meska und A. Fabian-Preßburg. Die Autoren wendeten das von Šamberger in die Therapie eingeführte Ichtoxyl, eine Kombination von Ichtyol und Sauerstoff, bei allen Formen von Impetigo mit Erfolg an (Rp. Ichtoxyl 2, Camphorae 0,5, Zinci oxydati 6, Lanolin 4, Vaselin 10). Auch bei Bubonen, Nebenhodenentzündung und Phlebitis erzielten sie mit 10%iger Ichtoxylvaseline und gleichzeitiger Proteinkörpertherapie die besten Resultate.

1925, Bd. 6, Nr. 5.

Über Atrophodermien und Sklerodermien, von F. Kogoj-Brünn. Unter Berücksichtigung einer umfangreichen Literatur und an der Hand von neun Fällen verschiedener Formen von Dermatitis atrophicans und Sklerodermie wird die Patho- und Histogenese dieser beiden Krankheiten besprochen; ausgeschlossen werden experimentelle Untersuchungen über die Reaktionsbereitschaft der Haut bei den erwähnten Dermatosen. Ätiologisch wird für beide Prozesse als höchstwahrscheinlich eine Störung der inneren Sekretion mit Beteiligung des vegetativen Nervensystems angenommen, wobei beide Noxen, die durch die Blutbahn in die Haut gelangen, wesensverschieden sind, worauf auch die Histogenese hinweist. Die die Atrophie bewirkende Noxe wirkt rapid toxisch und ruft lebhafte Reaktionserscheinungen hervor; das sklerosierende Agens verdeckt seinen schädigenden Einfluß durch seine anfangs scheinbar nutritive Wirkung. Die Stoffe, die in der atrophisierenden Noxe enthalten sind, wirken nicht nur auf das Elastin, sondern primär auch auf das Kollagen schädigend ein. Letzteres geht deshalb zugrunde und nicht sekundär infolge Elastinschwund; es wird durch Fettgewebe ersetzt, dem die Bildung von Hohlräumen in der Kutis vorangeht. Solche Fettgewebsinseln, die auch bei Akrodermatitis zahlreich gefunden wurden, liegen fast ausnahmslos um Drüsenschläuche und Haarbälge, und zwar deshalb, weil hier das Bindegewebe in seinem kontinuierlichen Zuge unterbrochen wird und dadurch der Noxe einen geringeren Widerstand zu leisten imstande ist. Beweis dessen ist der von den Drüsenschläuchen exzentrisch fortschreitende Bindegewebsschwund. Der Umstand, daß öfter elastisches Gewebe früher zugrunde geht als kollagenes, wird einerseits durch eine schon früher bestehende Resistenzverminderung des Elastins, andererseits durch eventuelle, in der das Stützgewebe allgemein schädigenden Noxe noch speziell vorhandene, Elastin schädigende Stoffe erklärt. Jedenfalls wird an dem gleichzeitigen Angriff auf das Kollagen und das Elastin festgehalten. Die Entzündung steht mit der Atrophie in keinem kausalen Zusammenhang. Die makro- und mikroskopischen Unterschiede zwischen Sklerodermie und sklerodermieähnlichen Atrophiestadien werden festgelegt. Es handelt sich um zwei vollkommen verschiedene Prozesse; letztere bedeuten einen Reparationsversuch des Gewebes. Es handelt sich also eigentlich um kein Endstadium der Atrophie. Ähnlich, aber viel weniger ausgesprochen sind die Verhältnisse bei den fibromähnlichen Knoten. Die Gefäßobliteration bei der Sklerodermie wird sowohl der einwirkenden Noxe als auch dem von außen konzentrisch wirkenden Druck des sklerosierten Kollagens zur Last gelegt. Die der Sklerodermie folgende Atrophie ist rein sekundär. In entwickelten Stadien von Sklerodermie ist das elastische Gewebe zweifellos vermehrt. Die Morphoea ist von

Digitized by Google

der generalisierten Sklerodermie mindestens prognostisch streng zu scheiden. Weiter wurde die Reaktionsfähigkeit normaler, sklerodermatischer und atrophischer Haut durch künstliche Blasenziehung mit Kohlensäureschnee und durch Phlogetan-Ponndorf-Impfungen geprüft. Es zeigte sich, daß atrophische Haut viel intensiver und extensiver als normale reagiert, während die Reaktion der sklerodermatischen weit hinter der der normalen Haut zurücksteht. Die Reaktionen sind ein treues und fein abgestuftes Spiegelbild der anatomischen Vorgänge in der Haut. G. Mühlstein-Prag.

Journal d'Urologie.

1924, Bd. 18, Nr. 4.

Beitrag zum Studium der Urotropinausscheidung bei renaler Insuffizienz (Contribution à l'étude de l'élimination urotropinique dans l'insuffisance rénale), von G. Albano-Rom. S. 281. Manche Autoren haben das Urotropin oder seine Ersatzprodukte zu funktionellen Proben herangezogen und besonders bei akuten Nierenerkrankungen seine Ausscheidung herabgesetzt gefunden. Eigene Untersuchungen des Verf. ergaben, daß selbst schwer insuffiziente Nieren das Hexamethylentetramin passieren lassen; Urotropin wird in einer Zeitspanne ausgeschieden, die das Doppelte der normalen ausmachen kann. In diesem Falle sind die absoluten Werte ziemlich konstant auf der Basis eines sehr niedrigen Prozentsatzes. Nebenbei weist der Verf. noch einmal darauf hin, daß es sich wegen der großen Gefahr einer weiteren Schädigung durch die Formaldehydkomponente nicht empfiehlt, bei akuten Nephritiden derartige Medikamente zu geben.

Über Spätresultate bei Nierensteinoperationen (Sur les résultats éloignés des opérations contre la lithiase rénale), von J. Ratschitch. S. 297. In Dalmatien sind Kröpfe selten, Nierensteine häufig. Das diätetische Moment ist für diese vor allem anzuschuldigen. Bei 24 konservativen Operationen sah der Verf. $2 = 8\%$ Rezidive, bei 39 Nephrektomien $7 = 18\%$ auf der verbliebenen Seite. In Wirklichkeit sind die Ergebnisse vielleicht noch schlechter, da ein Teil der Pat. nicht verfolgt werden konnte. Der Autor erwartet eine Besserung von aktiverer hygienischer Aufklärung der Bevölkerung.

Technik und Resultate der Anwendung ultravioletter Strahlen bei chronischer Urethritis (Technique et résultats de l'application des rayons ultra-violets dans l'urétrite chronique), von L. G. Dufestel und P. Lazard. S. 303. Anwendung einer der Kromayerlampe entsprechenden französischen Lichtquelle, deren Strahlen durch einen Quarztubus nach Einstellung der zu bestrahlenden Stellen mittels Endoskops für 2—5—30 Minuten zur Wirkung gebracht werden. Die Erfolge bei den wenigen Fällen von Prostatitis und Urethritis im vorderen und hinteren Teil erscheinen den Autoren ermutigend. Bei der Schwierigkeit der Technik kommen allerdings derartige Maßnahmen nur für Ausnahmefälle in Betracht bei hartnäckigem Tropfen epithelialer Natur ohne Mikroben und ohne mittels Endoskopie auffindbare Läsionen der Schleimhaut.

Zur Frage der Spermakultur (A propos de la culture du sperme), von L. Boulanger. S. 311. Rückfälle bei latenter Blennorrhoe gefährden den Träger wie seine Partnerin und bilden bei diesen meist die Ursache der Salpingitiden. Die gewöhnlichen Provokationsmethoden müssen durch Spermakultur ergänzt werden. Manuelle Prostata und Samenblasenexpression ist nicht so wirksam wie die Ejakulation. Daher ist, was sich mit dem nötigen Takt leicht erzielen läßt, im Laboratorium Sperma abzufordern, das in sterile Gefäße zu entleeren ist. Bei den fortgeschrittenen Kulturmethoden ist das Ergebnis gut zu verwerten.

Ein Fall von einseitiger Nierenverschmelzung (Un cas de symphyse rénale unilatérale), von J. Rejsek-Prag. S. 317. Symptome: Hämaturie aus der rechten Niere, Schmerzen, die rechts beginnen und sich dann in die Gegend links vom Nabel verziehen, Entwicklung des Tumors in dieser Gegend. Es handelt sich — durch Pyelographie bestätigt — um eine Nierendystopie. Die rechte Niere liegt unter der linken, mit deren unterem Pol ihr oberer verwachsen ist. Getrennte Nierenbecken und Hili. Leichte Hydronephrose. Funktion normal. Ureteren münden an normalen Stellen der Blase. Ursache der Mißbildung: entwicklungsgeschichtliche Vorgänge, in den Einzelheiten noch nicht geklärt. Beste diagnostische Methode: Pyelographie.

Wirkliche Polypenbildung oder bullöses polypöses Ödem des Blasenhalses und der hinteren Harnröhre. Fulguration. Heilung (Polypose vraie ou oedème

Digitized by Google

bulleux polypoide du col vésical et de l'urètre postérieur. Fulguration. Guérison), von Busson und Danziger. S. 323. Überschrift gibt den endoskopischen Befund, die therapeutische Maßnahme und deren Erfolg bei einem rückfälligen Blennorrhoiker an. Trotz der typischen Vaskularisation der einzelnen Zotten hält der Autor diese doch eher für atypische Formen eines entzündlichen bullösen Ödems.

Über einen Fall von Urethritis bei Ulcus molle (Sur un cas d'urétrite chancroidale), von Saint-Cène. S. 326. Ausfluß ohne Gonokokken. Besserung nach Spülungen mit $KMnO_4$. Man denkt an einen Primäraffekt in der Harnröhre. Am fünften Tage Harnverhaltung durch Verschwellung im Eichelteil der Urethra, mit Katheter überwunden. Untersuchung des Sekrets zeigt keine Gonokokken, keine Spirochäten, reichlich Ulcus-molle-Bazillen. Baldige Besserung nach weiteren Spülungen mit dünnen Lösungen von $KMnO_4$ und nachfolgender Instillation von Chinin-Jod-Bismutat. Heilung nach 25 Tagen. Spätere WR negativ. E. Sklarz-Berlin.

Mitteilungen aus der Literatur.

Maligne Neubildungen.

Über einen Fall von Nierenkrebs mit diffusen Hautmetastasen am Locus minoris resistentiae (zugleich ein Beitrag zur Frage der Lokalisation der Metastasen und zur Frage der Impfrezidive, von A. Rosenburg-Mannheim. (Arch. f. kl. Chir., 1924, Bd. 130, H. 3, S. 581.) Verf. beobachtete bei einem 65jährigen Manne mit einem primären Nierenkrebs im Anschluß an eine Sympathektomie nach Leriche eine Metastase in der Hautnarbe. Eine zweite Metastase bestand als Mal perforant der Fußsohle. Pat. starb an dem primären Nierenkarzinom, das noch viele Metastasen in den Lungen gebildet hatte. An Hand der Literatur, die bis 1895 zurückverfolgt wird (ausführliche Literaturangaben), wird das ganz Problem der Metastasierung maligner Geschwülste besprochen. Verf. muß die sog. „Impfmetastasen" der Gynäkologen ablehnen und führt die Metastasierung auf bestehende Loci minoris resistentiae zurück, folgt also der Ansicht der Pathologen und Biologen, die eine Vorbereitung für die Metastasierung verlangen, die im zugrundegehenden Gewebe, resp. in zugrundegehenden Krebszellenembolien liegt. Der Fall ist ein klinischer Beweis der Hypothesen Lubarschs. Genaueres ist im Original nachzulesen.

A. Rosenburg-Mannheim.

Über Acanthosis nigricans (zugleich ein Beitrag zur Klinik der Karzinomkrankheit und zur Lehre von der Pigmentbildung), von W. Flaskamp, Univ.-Frauenkl. Erlangen. (Zschr. f. Krebsforschg., 1924, Bd. 21, H. 5, S. 369—386.) Mitteilung eines Falles von Acanthosis nigricans bei einer 23jährigen Frau bei gleichzeitig bestehendem Carcinoma ventriculi und der umgebenden Lymphdrüsen sowie des großen Netzes und einzelner Lymphknoten des Mesenteriums. Außerdem Karzinommetastasen des Pankreas, der r. Nebenniere, der Ovarien und des Uterus. Status sei kurz angeführt: Schmutzig-dunkelbraune Hautfarbe. An manchen Stellen schwarzbraun. Spröde und rissige Haut. An den verfärbten Stellen leistenförmige Falten und Furchen, die sich derb anfühlen und verrukösen Charakter haben. Am Stamm, auf den Handrücken, in der Achselhöhle und Schenkelbeuge zahlreiche spitze Wärzchen. Einige Tage nach der Laparotomie kam die Patientin zum Exitus. Flaskamp nimmt nur einen indirekten Zusammenhang zwischen Karzinom und Acanthosis nigricans an, er spricht von einer neoplasmogenen Dermatose. Die Acanthosis nigricans kommt wohl als selbständige Erkrankung nicht vor. Sie entsteht infolge endokriner oder vegetativer Störungen. Nach der Statistik ergibt sich eine Prozentzahl von 70% Karzinomen bei Acanthosis nigr. Darier macht das Geschwulsttoxin und die daraus entstehende Intoxikation für das Krankheitsbild verantwortlich, auch hält er den mechanischen Druck auf den Sympathikus ätiologisch für wichtig. — Zwei Photographien sind der Arbeit beigefügt. A. Holländer-Hamburg.

Aktive Immunisierung gegen ein Sarkom (Melanom eines Schimmelpferdes), von V. E. Mertens, Chir. Univ.-Klin. München. (D. Zschr. f. Chir., 1924, Bd. 187, H. 3/4, S. 216—245.) Ein sehr großes Melanosarkom eines Schimmels wurde durch Einspritzung seiner eigenen Zellen so beeinflußt, daß die Geschwüre heilten, die Geschwulst erheblich kleiner wurde, die angeschnittene Geschwulst nicht wucherte,

Digitized by Google

die Restgeschwulst operabler wurde. Mit Karbol getötete Melanomzellen behalten ihre immunisierende Fähigkeit. Fortlaufende Steigerung der Impfstoffmengen erwies sich als nicht unbedingt erforderlich. Als Zeichen des Unterganges von Geschwulstzellen findet sich Melanin fast im ganzen Körper sehr reichlich beim behandelten Pferde, spärlich dagegen beim unbehandelten. Das Melanin hat keine ursächliche Bedeutung für die Entstehung von Tochtergeschwülsten. Als Begleiterscheinung wurde am ganzen Körper des Schimmels fleckweise Entfärbung der Haut beobachtet.

E. Levin-Berlin.

Mund und Nase.

Zur Züchtung des Erregers der Maul- und Klauenseuche, von Pfeiler-Jena. (D. m. W., 1924, Nr. 39, S. 1331.) Die Photographie von Bakterien im ultravioletten Licht, mit deren Hilfe Frosch und Dahmen den Erreger der Maul- und Klauenseuche dargestellt haben, ist zuerst von Köhler (1904), ferner von Gärtner (1905) und von Strümpell (letzterer für Protozoen) benutzt worden. Mit anderen Hilfsmitteln hat v. Betegh 1911 den Aphthenerreger zur Darstellung gebracht. Die Froschschen Gebilde sind mit denen v. Beteghs identisch. Siegel, Liebe, Stauffacher, Gins und Verf. haben ähnliche Beobachtungen schon früher machen können. Da die Photogramme von Frosch Mikroorganismen von über 0,5 μ Größe aufweisen, so genügt zu ihrer Beobachtung die gewöhnliche Optik. Der von Dahmen angegebene Nährboden unterscheidet sich von dem von Titze benutzten nur dadurch, daß ihm 3% Agar zugesetzt worden sind. Die von Dahmen beschriebenen Rötungen nach der ersten Infektion hat Verf. bereits früher häufig beobachtet. Über erfolgreiche Infektion mit der siebenden Kulturgeneration hat Guth schon im Juli 1923 im Reichsgesundheitsamt Bericht erstattet, es jedoch unterlassen, auf die ihm vom Verf. mitgeteilten Ergebnisse seiner Versuche aus den Jahren 1920—22 einzugehen. Verf. hat zwei Formen der Züchtung des Virus, eine sog. A-Form und B-Form, beobachten können. Die A-Form stellt eine Kümmer- oder Hungerform dar, die für Meerschweinchen nicht pathogen ist. Sie kann durch bestimmte Zusätze zum Nährboden in die B-Form umgewandelt werden. Mit der B-Form wurden Meerschweinchen in der 1., 2., 3. bis 43. Generation infiziert. In den Fällen, in denen es nicht zur Ausbildung von Aphthen kam, war stets Immunität gegen Maul- und Klauenseuche vorhanden. Verf. hält sich auf Grund seiner Versuche berechtigt, das Prioritätsrecht für sich in Anspruch nehmen zu können. Am Schluß seiner Arbeit erklärt Verf. die Angaben von Dahmen, daß zur Züchtung in pathogener Form der Erreger von der Aphthenflüssigkeit getrennt und dann auf feste Nährböden übertragen werden müsse, für unrichtig. Aus seinen eigenen und den Versuchen von Guth geht hervor, daß auch auf flüssigen Nährböden pathogene Kulturen erzielt werden können. Auf die Möglichkeit der Verhinderung des Wachstums der Erreger durch Einflüsse ähnlich denen beim D'Hérelleschen Phänomen hat bereits Titze vor Dahmen hingewiesen.

F. Harry-Wiesbaden.

Erwiderung, von Guth-Berlin. (D. m. W., 1924, Nr. 39, S. 1332.) Verf. hält sich nicht für verpflichtet, auf die von Pfeiler erzielten Versuchsergebnisse einzugehen, da letzterer noch immer seine Arbeitsmethode geheim hält. F. Harry-Wiesbaden.

Erwiderung, von Frosch u. Dahmen-Berlin. (D. m. W., 1924, Nr. 39, S. 1332.) Verff. betonen, daß sie als erste den Versuch unternommen haben, mit Hilfe der Photographie mit ultravioletten Licht Lebewesen auf festem Nährboden sichtbar zu machen. Die ätiologische Bedeutung der v. Beteghschen und der Stauffacherschen Gebilde ist noch völlig unbewiesen. Auch die Angaben Pfeilers über die Größe der Gebilde beruhen auf einem Irrtum, da das Auflösungsvermögen der Apochromate in kurzwelligem blauem Licht gar nicht so weit reicht. Was das Züchtungsverfahren betrifft, so halten die Verff. ihre Ansicht aufrecht, daß ohne Vorbehandlung der Aphthenflüssigkeit eine Kultur in flüssigem Nährboden nicht gelingt. Auch alle anderen von Pfeiler erhobenen Einwände werden widerlegt.

F. Harry-Wiesbaden.

Experimentelles über die Maul- und Klauenseuche mit besonderer Berücksichtigung der Züchtung des Virus, von Titze-Berlin-Dahlem. (Zbl. f. Bakt., 1924, Bd. 93, H. 1/4, S. 124.) Verf. hat als erster darauf aufmerksam gemacht, daß für das Wachstum der Erreger der Maul- und Klauenseuche frische Tiersera notwendig sind. Er hat sodann die Angaben der französischen Verff. für die Züchtung des Erregers der Lungenseuche für seine Versuche zur Züchtung des Erregers der Maul-

Digitized by Google

und Klauenseuche verwandt und mit flüssigem Nährboden gearbeitet. Die Methodik von Frosch und Dahmen unterscheidet sich nur dadurch, daß sie bei 33° züchten, statt flüssige nur feste Nährböden benutzen und diese mit größeren Virusmengen beimpfen. Ihr Verdienst besteht darin, daß es ihnen gelungen ist, mit Hilfe der Photographie im ultravioletten Licht die Erreger sichtbar zu machen.

F. Harry-Wiesbaden.

Sulpharsphenamin bei Plaut-Vincentschen Angina und Stomatitis bei Kindern (Use of Sulpharsphenamin in Vincents Angina and Stomatitis in Children), von L. H. Barenberg-New York und M. W. Bloomberg-Montreal. (J. Am. m. Ass., 1924, Bd. 83, Nr. 1, S. 25.) Bei Fällen von Angina Plaut-Vincent, die der üblichen lokalen Therapie trotzten, hat Verf. intramuskuläre Einspritzungen von Sulpharsphenamin angewandt (1mal 0,1 g). Am 3. bis 4. Tag nach der Injektion waren die Beläge verschwunden und die Drüsenschwellung ging zurück, ohne weitere Lokalbehandlung. Bei keinem der 50 Fälle kam es zu örtlichen oder Allgemeinerscheinungen. Das Alter der behandelten Kinder, die diese Behandlung anstandslos vertrugen und damit geheilt wurden, betrug 1¾—4 Jahre. Bei der Angina sind die Erfolge besser als bei der Stomatitis. A. de Lemos-Hamburg.

Zur Therapie der Plaut-Vincentschen Erkrankungen der Mundhöhle, von P. Wichels, Med. Kl. Univ. Göttingen. (Ther. d. Gegenw., 1924, Jahrg. 65, H. 7, S. 302.) Pinselung aller Ulzera mit 10% wässeriger Pyoktaninlösung und Mundspülen mit Wasserstoffsuperoxyd gilt zur Zeit als das bestwirkende Mittel.

W. Chrzelitzer-Waldenburg i. Schl.

Sprue (Aphthae tropicae), von E. Harmsen-Bremen. (Ther. d. Gegenw., 1924, H. 10, S. 447.) Die Veranlassung zu dieser Arbeit bildete ein in Bremen — was bei uns eine Seltenheit ist — beobachteter Fall dieser fast rein tropischen Krankheit, allerdings bei einem (52jährigen) Manne, der die längste Zeit seines Lebens im Auslande (Südafrika, Schanghai) gelebt hat. Die Hauptsymptome der Sprue sind 1. eine aphthenähnliche Mundaffektion und 2. schaumig-weiße Durchfälle, verbunden mit allgemeiner Abmagerung und Anämie. Merkwürdig ist, daß die Krankheit oft lange latent bleibt und mehrere Jahre (bis 17) nach der Rückkehr (aus den Tropen) in die Heimat vergehen können, bis die Krankheit manifest wird — bezüglich der Diagnose derselben ist dies für uns in Deutschland besonders wichtig. Die Prognose ist in jedem Falle ernst, wenn auch nicht hoffnungslos, die Behandlung in erster Linie eine diätetische, und zwar wird absolute Milchdiät (allmählich bis zu 3 bis 4 Litern täglich, kalt oder warm, mit oder ohne Zusatz von Kalk-, Sodawasser, Tee usw.) am meisten empfohlen, von Medikamenten sind eine große Anzahl angepriesen, die aber ebenso unsicher wie mannigfaltig sind. M. Stern-München.

Die infektiöse bukko-dentale Pathogenese der multiplen Sklerose des Gehirns und Rückenmarkes (Pathogénie infectieuse bucco-dentaire de la sclérose en plaques), von L. Dor-Lyon. (Presse méd., 1924, Nr. 71, S. 724.) Bei früherer Gelegenheit hat D. die Ansicht vertreten, daß die Neuritis optica auf eine von der Mundhöhle, den Zähnen und Alveolen herstammende bakterielle Infektion zurückzuführen sein dürfte, und er erweitert nunmehr seine Anschauung, indem er die multiple Sklerose, deren Vorläufer die Neuritis optica ja oftmals darstellt, auch auf diese Weise ätiologisch erklärt. Jedenfalls kann er auf viele Fälle hinweisen, bei denen die Zähne in ausgiebigem Maße jahrelang vor dem Hervortreten von Störungen am Zentralnervensystem defekt gewesen sind. A. Philippi-Bad Salzschlirf.

Fremdkörper in der Zunge (Foreign Bodies in the Tongue), von W. H. Schmidt-Philadelphia. (Med. J. and Record, 1924, Bd. 120, Nr. 8, S. 375—377.) Fremdkörper in der Zunge werden zunächst gewöhnlich übersehen und erst infolge später eintretender Erscheinungen entdeckt. Mehrere Fälle aus der Literatur und ein eigener Fall, in dem bei einem Sturze ein Splitter der im Munde gehaltenen Pfeife in die Zunge gedrungen war. E. Levin-Berlin.

Behandlung der Tonsillenerkrankungen (Treatment of Tonsil Disease), von W. W. Watkins-Phoenix. (J. Am. m. Ass., 1924, Bd. 83, Nr. 17, S. 1305.) Nach eingehender Betrachtung des Baues und der Funktion der Tonsillen kommt der Verf. zum Ergebnis, daß die Tonsillen ein wichtiges Organ darstellen und, wenn irgend möglich, dem heranwachsenden Menschen erhalten werden müssen. Bei Erkrankungen der Tonsillen wird dieses Ziel nicht durch die Tonsillektomie, sondern durch die Röntgenbestrahlung am sichersten erreicht. Indikationen bilden alle hyperplastischen, akuten wie chronischen Entzündungen der Mandeln, seien sie nun follikulärer oder

Digitized by Google

interstitieller Art. Aber auch die einfachen Hypertrophien bei Status lymph. können durch die Bestrahlungen in exaktester Weise auf das Normalmaß zurückgeführt werden. Nicht angezeigt ist eine Strahlenbehandlung bei chronischer, fibröser Tonsillitis mit Atrophie und bei tiefer sitzenden eitrigen Prozessen. Hier ist die chirurgische Behandlung am Platze. Schädigungen durch die Bestrahlungen können in der Hand des geübten Röntgenologen sicher vermieden werden. Die Röntgenbehandlung der Tonsillen findet in Amerika immer größere und begeisterte Verbreitung, trotz heftigsten Widerstandes der Laryngologen, die allerdings, wie aus der Statistik hervorgeht, mit besonderer Vorliebe ihre eigenen Kinder der Strahlenbehandlung zuführen. R. Ley-Kreuznach.

Tiefe Röntgentherapie und Radiumtherapie bei Tonsillarkarzinom (Deep Roentgen and Radium Therapy in Carcinoma of the Tonsil), von G. W. Grier-Pittsburgh. (Am. J. Roentgenol., 1924, Bd. 11, Nr. 6, S. 537.) Verf. gibt eine kurze Übersicht über die Entwicklung der Behandlung von Tonsillarkarzinomen. Die ersten Versuche mit Röntgenbestrahlung durch ein in den Mund eingeführtes Bleiglasspekulum und darauffolgender Röntgenbestrahlung der metastatischen Halsdrüsen, ebenso die spätere Methode: Radiumbestrahlung der Tonsille erwiesen sich als unzureichend, und zwar lag die Hauptschwierigkeit darin, den metastatischen Drüsen beizukommen. Verf. empfiehlt nun folgendes Verfahren, das in zwei Fällen gute Erfolge erzielt hat: zuerst werden die Halsdrüsen bis zur Erythembildung bestrahlt. Drei Tage später wird das primäre Karzinom durch Einführung von Radiumnadeln in und um die Erosion herum bei lokaler oder allgemeiner Anästhesie behandelt. Wenn man Nadeln von 10 mg benutzt, so soll die Entfernung voneinander 1 cm betragen und die Bestrahlungsdauer 7 bis höchstens 9 Stunden. Nach 6 Wochen etwa Wiederholung der Tiefentherapie auf die Halsmetastasen, und nach einem Intervall von je 2 Monaten eine dritte und vierte Bestrahlung zur Prophylaxe.
L. Gumpert-Blaschko (Berlin).

Haare und Nägel.

Zur experimentellen Prüfung von Haarwuchsmittel und über das Wiederwachsen der Haare an rasierter Rattenhaut, von M. Jessner, Univ.-Hautkl. Breslau. (Kl. W., 1924, Nr. 48, S. 2195.) Verf. kann die von Loewe und Faure gemachten Beobachtungen bei der experimentellen Prüfung des Humagsolans — in dieser Wochenschrift bereits ref. — vollauf bestätigen. Auch er konnte bei Rattenfütterung mit diesem Mittel keinen Unterschied im Wachstum der Haare bei den gefütterten Tieren und den Kontrolltieren feststellen, desgleichen auch keine Differenz in dem Gewicht der trocken abrasierten Haare. Auch histologisch zeigten exzidierte Hautpartien bei normalen und gefütterten Tieren keinen Unterschied. Die unregelmäßige Art des Nachwachsens der Haare bei weißen und schwarzweißen Ratten ist dem gleichen Vorgang bei Kaninchen ähnlich. E. Langer-Berlin.

Die Bedeutung der spezifischen Ernährung der Horngebilde durch Humagsolan, seine Anwendung und Erfolge, von H. Matoni. Röntgen-Instit. und chirurg.-gynäkol. Abt. des Evangel. Krkh. Oberhausen. (M. Kl., 1924, Nr. 41, S. 1432 bis 1433.) Bei Haarschwund nach Infektionskrankheiten, Erschöpfungskrankheiten, Röntgenbestrahlungen, im Puerperium, bei seborrhoischem Defluvium, Alopezia areata, Trichorrexis wurden mit 3mal täglich 2 Pillen sehr gute Erfolge erzielt, die noch durch gleichzeitige Quarzlichtbestrahlungen und spirituöse Haarwässer verbessert werden können. Auf die übrige Behaarung findet bei normalen Individuen keine Einwirkung statt, eine vorübergehende Verstärkung der Körperbehaarung kann bei weiblichen Personen mit ungewöhnlich starker Körperbehaarung oder ausgesprochen virilem Typ eintreten. Bei vorzeitig ergrautem Haar wird die ursprüngliche gleichmäßige Färbung der Haare wiederhergestellt. Humagsolan wird ferner bei allen Nagelerkrankungen empfohlen. E. Levin-Berlin.

Studien über die Haarfarbe, von J. K. Mayr, Univ.-Hautkl. München. (M. m. W., 1924, Nr. 18, S. 578.) Über die Verteilung der Haarfarbe bestehen in der Literatur Widersprüche, Irrtümer und geringe Kenntnisse. M. hat 250 Personen beiderlei Geschlechts untersucht. Die dominierende Farbe wurde als Grundtypus vorausgestellt. Abweichungen hiervon waren besonders am Kopfhaar sehr häufig, um so häufiger und färberisch auffallender, je mehr die Grundfarbe eine Mittelstellung zwischen hellblond und schwarz einnimmt; bei tiefschwarzem Haar wurden sie fast regelmäßig vermißt. M. faßt diese Färbungsverschiedenheiten als Ausdruck der Mischung

Digitized by Google

blonder und schwarzer Rassen, als Wirkung unvollkommener Dominanz auf. In ¾ aller Fälle nimmt die Stärke der Haarfarbe zu von den Achselhaaren über Bart-, Kopf- und Brauenhaare nach den Schamhaaren. Die Unterschiede zwischen den letzteren beiden sind sehr gering, zwischen den übrigen bedeutend. Auch zwischen den einzelnen Bezirken sind die Unterschiede bei Mittelfarben am stärksten.

A. v. Notthafft-München.

Über die Kunst, das Haar zu färben, von M. Joseph-Berlin. (D. m. W., 1924, Nr. 40, S. 1379.) Man unterscheidet anorganische und organische Haarfärbemittel. Von ersteren sind nur die silberhaltigen empfehlenswert. Vor Beginn der Färbung müssen die Haare durch Waschen mit Seifenwasser gut entfettet und getrocknet werden. Die Färbung erfolgt sodann in zwei Zeiten. Zuerst wird eine Höllenstein enthaltende Lösung mit einer Bürste aufgetragen. Nach 5—10 Minuten verwendet man ein Mittel, das das Silber reduziert und in feinster Verteilung auf dem Haar niederschlägt, z. B. Pyrogallussäure, oder ein Mittel, das mit dem Silber eine schwer lösliche gefärbte Verbindung eingeht. Die durch Arg. nitr. verursachten schwarzen Flecke werden durch Jodkali 1,0, Aq. dest. 2,0 beseitigt. Zur Erzielung schwarzer, brauner und blonder Töne werden verschiedene Konzentrationen gebraucht (siehe: Mann, Die moderne Parfümerie, 1912, 3. Aufl.). Die Färbung kann auch in drei Zeiten erfolgen. Die dritte Lösung besteht aus Natriumthiosulfat. Eine vor der Färbung vorgenommene Entfärbung der Haare mit H_2O_2 wirkt schädlich. Bei den organischen Haarfärbemitteln unterscheidet man natürlich vorkommende und synthetische. Zu ersteren gehört die chinesische Tusche (Tusche 15,0, Traganth 25,0, Aq. rosar. 375,0, Alkohol 50,0), ferner Henna, die gepulverten Blätter des Zyperstrauches, und Reng, die gepulverten Blätter der Indigopflanze. Henna allein färbt orangefarbig bis fuchsrot, dagegen mit Reng vermischt, blond bis schwarz. Die Färbemethode ist ziemlich umständlich. Als bestes, einfach anzuwendendes und unschädliches Färbemittel hat sich dem Verf. das von Colman eingeführte Primal bewährt. Es enthält die Leukoverbindung oxydierter Amin- bzw. Diaminbasen, die auf das Haar übertragen durch den Sauerstoff der Luft wiederum oxydiert wird und in den gewünschten Farbton übergeht. Jede Primalpackung — es gibt Primal blond, dunkelblond, braun, kastanienbraun, dunkelbraun — enthält eine Lösung A und 4 Röhrchen mit festem Primalentwickler. Das Haar wird, nachdem es gut gewaschen und getrocknet ist, mit der Lösung A gut durchfeuchtet. Nach 10 Minuten langer Einwirkung trägt man den frisch bereiteten Entwickler, und zwar die gleiche Menge wie Lösung A auf. Nach 10 Minuten ist die Farbbildung beendet. Dann wird das Haar durch Shampoonieren von den Farbresten befreit.

F. Harry-Wiesbaden.

Alopecia areata und Strabismus; gruppenweises Auftreten bei Familienmitgliedern (Alopecia areata and Strabismus; Familial Groups), von J. G. Tomkinson-Glasgow. (Brit. m. J., 1924, Nr. 3325, S. 518.) Bei früherer Gelegenheit hat T. über eine 11 Mitglieder umfassende Familie, Eltern und 9 Kinder, berichtet, von denen 8 mit Strabismus behaftet waren, und von diesen 8 Personen 7 ein Haarleiden darboten, das in 6 Fällen sicher als Alopecia areata (in 3 Fällen totalis) nachgewiesen wurde. Es wird hier über 2 weitere Familien berichtet. In der Familie B fanden sich 4 schielende Personen, von denen 3 zeitweilig an A. areata gelitten haben. In der Familie C finden sich 2 schielende Mitglieder, von denen das eine an A. areata leidet, das andere daran gelitten hat. Ferner wird über einen Kollegen berichtet, der nach schwerem Kopftrauma zuerst erblindet war, nachher schielte und des weiteren A. areata darbot, die nach 18jähriger Heilung nunmehr wieder aufgetreten ist. Verf. möchte eine gemeinsame neurotische Ursache für beide Affektionen als wahrscheinlich ansehen. Zu bemerken ist noch, daß bei vielen dieser Fälle Linkshändigkeit bestand.

A. Philippi-Bad Salzschlirf.

Über trophische Nagelveränderungen (multiple Panaritien) bei einem Fall von Encephalitis epidemica, von O. Schirmer, Med. Kl. Zürich. (Schweiz. m. W., 1924, Nr. 13, S. 984—985.) Bei einem Patienten, der das Bild des postenzephalischen Parkinsonismus darbot, entweckelten sich Panaritien an verschiedenen Fingern, die nach mehrwöchigem Bestehen ziemlich schnell abheilten. Die Nägel wurden nicht abgestoßen, vielmehr verschmolz die neugebildete Nagelsubstanz, zum Teil unter Defektbildung, mit den abgestorbenen und schwarz gewordenen Nägeln. An den Fingern, Händen, Vorderarmen konnten keine Sensibilitätsstörungen nachgewiesen werden. Es muß eine auf nervöser Basis beruhende trophische Störung vorgelegen haben.

Digitized by Google

Mit der vorangegangenen Enzephalitis wird die Störung in Zusammenhang gebracht, weil diese infolge Innervationsstörungen Sekundärerkrankungen an fast allen Organen hervorrufen kann. Die trophischen Störungen können durch Schädigung oder Reizung eines Hirnzentrums zustande gekommen sein. E. Levin-Berlin.

Dermatomykosen.

Über Variabilität pathogener Hautpilze, von Grütz. Derm. Univ.-Kl. Kiel. (Zbl. f. Bakt., 1924, Bd. 93, H. 1/4, S. 268.) Innerhalb der Trichophytongruppe weisen speziell die sog. Übergangsformen zwischen tierischen und humanen Arten zahlreiche Variationserscheinungen auf. So wächst z. B. das Tr. violaceum auf zuckerhaltigem Nährboden mit tiefvioletter Farbe, dagegen sieht er auf eiweißreichem, zuckerfreiem Nährboden farblos bzw. grauweiß bis gelbbräunlichweiß nach 2 bis 3 Überimpfungen aus. Außerdem wächst er viel schneller, üppiger und bildet morphologisch andere Kolonien. Das Tr. viol. zeigt auch Variationen im Sinne des Erwerbes der Farbstoffbildung, indem von einer gelbweißen Kolonie gelbweiße und blauviolette Tochterkolonien hervorgehen. Bei Mikrosporieerkrankungen und beim echten Favus kommen ebenfalls Variationen vor. F. Harry-Wiesbaden.

Trichophytie unter dem Bilde eines Ekzems (Eczematoid Ringworm), von H. H. Hazen-Washington. (J. Am. m. Ass., 1924, Bd. 83, Nr. 15, S. 1123.) Die ekzematoide Trichophytie tritt in Amerika außerordentlich häufig auf. Die Übertragung geschieht durch Badematten, Pantoffeln, gewaschene Socken. Eindeutige Feststellung des Erregers und seine Kultur ist bisher noch nicht gelungen. Die Erkrankung befällt vor allem Hände und Füße, seltener andere Körperregionen, und führt zu trockenen, tiefen Rissen oder auch zu Bläschenbildung der Haut; dabei besteht oft allgemeine körperliche Schwäche. Die Diagnose ist gegenüber Pompholyx, Ekzem, Dermatitis und Erosio interdigitalis blastomycetica häufig schwer. Therapeutisch scheinen Röntgenstrahlen am besten zu wirken. R. Ley-Kreuznach.

Blastomykose mit besonderer Berücksichtigung der Hautaffektionen, von A. Buschke u. E. Rosenbaum, Kl. Buschke. Virchow-Krankhs. Berlin. (Zbl. f. Haut- u. Geschl.-Krankh., Bd. 13, H. 7/8, S. 305—322.) Sammelreferat.

Merkblatt über Hautpilzerkrankungen, insbesondere über scherende Flechten und Bartflechten (für Ärzte), unter Mitwirkung von A. Buschke bearbeitet vom Reichsgesundheitsamt. Ausgabe 1924. Verlag Julius Springer. In knappster und dabei klarster Form gibt Buschke den praktischen Ärzten das Rüstzeug, um bei vorkommenden Fällen in der Lage zu sein, den Kampf gegen die Hautpilzerkrankungen im Interesse der Volksgesundheit wirksam aufzunehmen. Die nur 7 Seiten enthaltende Schrift hat sich während der Kriegs- und Nachkriegsjahre so bewährt, daß jede weitere Empfehlung überflüssig ist. F. Jacobsohn-Berlin.

Zur Therapie der Pilzerkrankungen des behaarten Kopfes, von K. Stordeur, Derm.-Univ.-Kl. München. (M. m. W., 1924, Nr. 29, S. 985.) Chrysarobinverbände nach vorausgeschickter Depilation. Voller Erfolg. A. v. Notthafft-München.

Tierische Parasiten und Fremdkörper.

Unnötige Überdosierung des Schwefels bei Krätzebehandlung, von Bessel-Lorck-Berlin. (D. m. W., 1924, Nr. 41, S. 1415.) Empfehlung von Katamin (Riedel) zur Behandlung der Krätze. F. Harry-Wiesbaden.

Die Behandlung der Skabies mit Schwefeldioxydbegasung, von W. Schandig, Univ.-Haut-Kl. Erlangen. (M. m. W., 1924, Nr. 18, S. 579.) Die auf der Hand liegenden Vorteile der Schwefeldioxydbegasung von Läuse- und Krätzeerkrankten mittels des Ostermeierschen Apparates empfehlen die Anwendung des Verfahrens innerhalb von Heilanstalten. Der umständliche Apparat, die Notwendigkeit ärztlicher Überwachung und die Möglichkeit unangenehmer Zufälle erschweren sie jedoch in der gewöhnlichen Stadt- und Landpraxis. A. v. Notthafft-München.

Krätzebehandlung mit Ekrasol, von Eblinger-Leipzig. (M. Kl., 1924, Nr. 44, S. 1542.) Ekrasol enthält neben den wirksamen Bestandteilen des Styrax noch die juckstillenden und hornhautlösenden der Salizylsäure. Es besitzt durch seine Wasserlöslichkeit eine hervorragende Tiefenwirkung, riecht nicht unangenehm, beschmutzt die Wäsche nicht, ist reizlos und nicht teuer. Gute Wirkung manchmal auch bei Pseudokrätze, postskabiösen Ekzemen, impetiginösen und pruriginösen Ekzemformen, Trichophytie. E. Levin-Berlin.

Digitized by Google

Katamin, von H. Canon-Berlin. (Ther. d. Gegenw., 1924, Jahrg. 65, H. 6, S. 288.) Empfehlung des von J. D. Riedel-Berlin hergestellten „Katamins" zur Krätzebehandlung. Außer 5% Schwefel enthält das Mittel Zinkoxyd und wird an drei aufeinanderfolgenden Tagen je einmal eingerieben. F. M. Peter-Hamburg.

Zur systematischen Bekämpfung der Verlausung der Schulkinder, von Hillenberg-Halle a. S. (Zschr. f. Mbeamte., 1924, Nr. 8, S. 234.) Sehr gute Erfolge wurden durch das von Schnell angegebene Verfahren erzielt, mit dem systematisch die Läusevertilgung in den Schulen vorgenommen wurde. Das Verfahren besteht darin, daß etwa 10 ccm Essigäther auf eine Lage Zellstoff, die nach Auflockerung der Haare über diese ausgebreitet wird, gegossen werden, und dann über den Kopf eine luftdicht abschließende Kappe, wofür die gewöhnlichen Gummibadekappen sich als sehr geeignet erwiesen, gezogen wird. Innerhalb einer halben Stunde sind sowohl Läuse wie Nissen durch die sich entwickelten Ätherdämpfe abgetötet. Vorsichtshalber sind die Gehörgänge vorher mit Watte zu verschließen und die Kinder anzuhalten, sich während der Prozedur möglichst wenig zu bewegen, besonders sich nicht nach vorn zu beugen, weil sich sonst der Äther nach vorn zur Stirn hinzieht und hier Rötung und Brennen erzeugt. B. Peiser-Berlin.

Über eine durch Pediculoides ventricosus bedingte Dermatitis (Dermatitis Caused by Pediculoides Ventricosus), von R. A. Askins-Bristol. (Brit. m. J., 1924, Nr. 3334, S. 950.) Pediculoides ventricosus ist ein Parasit, dessen Vorkommen zuerst an den Raupen des Baumwollfalters beobachtet wurde (Stelwagon: Diseases of the Skin, 1921, S. 1242). A. hat die Milben in den Siebrückständen von Gerste, die aus Marokko nach England importiert wurde, gefunden, nachdem mehrfach eine sehr lästige Dermatitis sich bei Personen, Arbeitern und Seefahrern, die damit in Berührung gekommen waren, sich entwickelt hatte. Der Nachweis der Milben unterm Mikroskop erfordert manchmal große Geduld, indem die Verteilung eine sehr ungleichmäßige ist. Der Ausschlag erscheint als eine dichtgesäte Aussaat von kleinen Papeln, hauptsächlich an den unbedeckten Körperteilen, aber auch am Rücken, der Brust und am Abdomen lokalisiert. Zur Behandlung werden Waschungen mit warmer Sodalösung und milde Salben empfohlen. Die Prognose ist gut.
A. Philippi-Bad Salzschlirf.

Über das Vorkommen von Filzläusen auf dem behaarten Kopf, von H. Klövekorn. Hyg. Inst. d. Univ. Bonn. (M. m. W., 1924, Nr. 18, S. 580.) 3 Fälle mit gemeinsamer Infektionsquelle. A. v. Notthafft-München.

Über Cuprex, von A. Barwinski-Lemberg. (M. Kl., 1924, Nr. 50, S. 1774). Bei Phthiriasis an den Zilien vorsichtiges Andrücken eines mit Kuprex befeuchteten Wattebäuschchens bei fest zusammengedrückten Augenlidern. An diesen geringe Reizung. Nach Entfernen der Watte finden sich alle Läuse auf ihr.
E. Levin-Berlin.

Hautmyiasis und die Tumbufliege in Sierra Leone (Dermal Myiasis and the Tumbu-Fly in Sierra Leone.) (Lancet, 1924, Bd. 207, Nr. 5271, S. 503.) Die Tumbufliege, Cordylobia anthropophaga, wurde zuerst in Senegal als die Ursache schmerzhafter Knoten (oder Geschwüre) beim Menschen entdeckt, und es zeigte sich in den letzten 60 Jahren, daß sie in Westafrika von Senegal bis zum Kap weitverbreitet ist; in Freetown kann die erwachsene Fliege, etwa 9½ mm lang, während der trockenen Jahreszeit (November—April) innerhalb der Wohnräume gefangen werden. Die am häufigsten affizierten Tiere sind Ratten, aber auch Hunde, Katzen und Eichhörnchen sind Träger der Larven. Was die Menschen betrifft, so wurden interessante Beobachtungen veröffentlicht, wonach ein beträchtlicher Grad von Immunität nach einer ersten „Myiasis" zurückbleibt. Die beste Behandlungsart besteht darin, eine Vaselinschicht über die Öffnung, welche von der Larve in die Haut gemacht wird, nach Entfernung der Kruste zu breiten. Genaue Beschreibung der Naturgeschichte der Tumbufliege und deren Larven. A. Stern-München.

Über die Stiche der Wasserwanze Notonecta glauca L., von A. Hase-Berlin-Dahlem. (Zool. Anz., Bd. 59, S. 113.) Die primären Folgen treten innerhalb der ersten halben Stunde auf, worauf eine Latenzzeit von sieben Stunden erfolgt, während welcher Zeit die zuerst aufgetretene Quaddel verschwindet und nur ein hämorrhagischer Fleck an der Stichstelle sichtbar wird. In der achten bis neunten Stunde erneute Hyperämie, Schwellung und Entzündung, Jucken, Spannung, die noch im Zunehmen ist, und in der 20. Stunde Rückgang aller Erscheinungen. Nach zwei Tagen waren alle verschwunden. W. Chrzelitzer-Waldenburg (Schles.).

Digitized by Google

Akute exanthematische Infektionskrankheiten.

Kann man Masern zweimal bekommen? von Loos. Univ.-Kinderkl. Innsbruck. (W. kl. W., 1924, Nr. 39, S. 981.) Verf. verneint diese Frage und legt durch Anführung eigener Fälle und Zusammenstellung fremden Materials dar, daß bei gegenteiligen Beobachtungen meist Irrtümer vorliegen, sei es, daß die Anamnese unerläßlich ist, oder eine Verwechslung mit Röteln unterlaufen war.
F. M. Peter-Hamburg.

Zur Masernbekämpfung, von Brügger, Jugendamt Hamburg. (M. M. W., 1924, Nr. 26, S. 858.) Der Tag des Exanthemausbruchs kann nach dem 4. Inkubationstag, bis zum 7. liegen. Es empfiehlt sich die für den 4. Tag angegebene Menge von Rekonvaleszentenserum (3 ccm) etwas zu überschreiten. Der Masernschutz kann nach der 4. Woche erloschen sein. An Stelle von Rekonvaleszentenserum kann aushilfsweise Blutserum von Erwachsenen benutzt werden, mit welchem Herabsetzung der Mortalität um mehr als die Hälfte gegenüber nicht behandelten Fällen erreicht worden ist. A. v. Notthafft-München.

Bemerkungen zur Masernprophylaxe, von Dreyer-Braunschweig. (Mschr. f. Kinderhlk., 1924, Bd. 29, Nr. 2, S. 134.) Das Masernrekonvaleszentenserum von jungen Kindern (1—2 Jahre) kann sehr gut zur Prophylaxe herangezogen werden. Bei Verwendung von Erwachsenenblut fordert Verf. an größerem Material die Feststellung der notwendigen Dosierung für die einzelnen Lebensalter. Bei 2 Kindern mit Drüsentuberkulose resp. epituberkulöser Infiltration glaubt Verf. durch die Injektion von Rekonvaleszentenserum das stärkere Aufflammen der Tuberkulose während der Masernerkrankung verhütet zu haben, auch nach dem Ausbruch des Exanthems.
R. Ley-Kreuznach.

Ist der Scharlach auf einen spezifischen Streptokokkus zurückzuführen? (La scarlatine est-elle due à un streptocoque spécifique?), von J. Mouzon. (Presse méd., 1924, Nr. 62, S. 652.) Zusammenfassendes Referat über die neuesten Publikationen über diese Frage namentlich in der amerikanischen Literatur. Anschließend an die bekannten Beobachtungen von P. Moser und C. v. Pirquet haben namentlich G. F. Dick und G. H. Dick in Chicago das Verhalten der Streptokokken beim Scharlach studiert. Sie gewannen vom Pharynx eines Scharlachkranken eine Kultur von hämolytischen Streptokokken, welche das Charakteristikum besaßen, daß sie Mannit nicht zum Vergären brachten. Nach Gurgelungen mit einer Aufschwemmung von diesen Kulturen boten 3 freiwillige Versuchspersonen das charakteristische Bild der Skarlatina dar. Ferner haben sie mit dem Filtrat (durch ein Berkefeld-W-Bougie) einer Streptokokkenkultur nach Sterilisierung subuktane Impfungen vorgenommen; sie erhielten unter 65 Rekonvaleszenten nach Scharlach niemals eine deutlich positive Reaktion, unter 16 Personen, welche Scharlach durchgemacht hatten, einmal, aber von 72 Personen, welche noch nicht Scharlach gehabt hatten, reagierten 30 deutlich und 7 schwach positiv. Branch und Edwards (Boston) bestätigen durchaus diese Beobachtungen an noch ausgesprocheneren Ergebnissen, und Zingher (New York) hat die Dickschen Schlußfolgerungen an 7000 Schulkindern ebenfalls als zutreffend erkannt. Die Dicksche Reaktion mit dem Streptokokkenfiltrat stellt für Scharlach das Analogon dar zu der Schickschen Reaktion bei Diphtherie. An Pferden injiziert, führte das Filtrat zur Erzeugung eines Pferdeserums, das analoge Eigenschaften aufwies wie das Serum von Scharlachrekonvaleszenten. Dasselbe bewirkt bei Scharlachkranken das Auslöschungsphänomen von Schultz und Charlton und lieferte bei einigen (13) Fällen, in therapeutischen Dosen angewandt (Blacke, Trask, Lynch), wie es scheint, günstige Wirkungen. A. Philippi-Bad Salzschlirf.

Behandlung von Erysipel und Streptokokkensepsis nach Scharlach durch intravenöse Injektionen von Merkurochrom 220 (The Cure of Scarlet Fever Complicated with Erysipelas and Streptococcus Septicemia by Intravenous Injection of Mercurochrome-220 Soluble), von H. Young u. K. Birkhaug-Baltimore. (J. Am. m. Ass., 1924, Bd. 83, Nr. 7, S. 492.) Bei 2 Fällen von Streptokokkkensepsis nach Scharlach eindeutiger, prompter Erfolg durch einmalige intravenöse Injektion einer 1%igen Merkurochrom-220-Lösung (5 resp. 7,5 mg pro kilo Körpergewicht).
R. Ley-Kreuznach.

Zur Scharlachätiologie, von Bürgers-Düsseldorf. (Zbl. f. Bakt., 1924, Bd. 93, H. 1/4, S. 220.) Verf. hat die Arbeiten von Di Christina und Caronia nachgeprüft. Es wurden über 300 Kulturen von 35 frischen Scharlachfällen angelegt. Das Resultat war stets negativ. F. Harry-Wiesbaden.

Digitized by Google

Das „Exanthema subitum" (L'exanthème subit), von J. Mouzon. (Presse méd., 1924, Nr. 74, S. 751.) Zuerst von Zahorsky in St. Louis (Ohio) beschrieben und später auch von Vieder und Hempelmann daselbst beobachtet, ist diese von Glanzmann (Bern) als „Kritisches Dreitagefieberexanthem" bezeichnete Affektion auch von einigen anderen Autoren besprochen worden, so von Bokay in Budapest und von Westcott, Levy u. a. in Amerika. Dieselbe schließt sich an die Dukesche „Vierte Krankheit" und die noch nicht definitiv anerkannte „Fünfte Krankheit" an. Ihre besonderen Merkmale bestehen in ihrer völligen Harmlosigkeit, der charakteristischen Lokalisation des an Masern bzw. an Rubeola erinnernden Exanthems, das am Rumpfe beginnt und stets das Gesicht verschont, und dem Umstand, daß das Fieber aufhört, sobald das Exanthem zum Vorschein kommt. Befallen werden vorwiegend kleine Kinder und Säuglinge. Blutuntersuchungen, welche Vieder und Hempelmann ausführten, ergaben einen sehr bemerkenswerten Befund mit Leukopenie und namentlich erheblicher Verminderung der polynukleären Zellen; dagegen waren die mittelgroßen und großen mononukleären Zellen auffallend vermehrt. Glanzmann beobachtete neben Mononukleose ebenfalls Vermehrung der Metamyelozyten und Übergangsformen, Plasmozyten, bei Schwund der eosinophilen Zellen. In Frankreich scheint die Krankheit noch nicht beobachtet worden zu sein.

A. Philippi-Bad Salzschlirf.

Zwei Fälle von Rattenbißfieber (Two Cases of Rat-bite Fever), von W. T. Gollier-Oxford. (Brit. m. J., 1924, Nr. 3320, S. 265.) I. Eine 52jährige Frau kam mit einem granulomatösen Geschwür des Handrückens, mäßiger Zellgewebsentzündung und Drüsenschwellungen am Ellenbogen und in der Achselhöhle zur Aufnahme. Sie war 3 Wochen zuvor von einer Katze, die als gute Rattenfängerin bekannt war, gebissen worden. Die verletzte Hand hatte erst 8 Tage vor der Aufnahme etwas erheblichere Schwellung dargeboten. Im Krankenhaus dreimal Fieberattacken von 3—4 Tagen Dauer mit Temperatur bis 39,5° und einem gleichzeitig auftretenden und wieder vergehenden, fleckigen, violettroten, nicht juckenden Ausschlag. Genesung nach Injektion von Novarsenobillon. — II. Ein 26jähriger Landarbeiter erlitt 5 Wochen vor der Aufnahme einen Biß an der Hand durch eine Ratte. Nach anfänglichem Heilen trat entzündliche Schwellung an der Stelle auf. Inzision. Wiederum Heilung. Bald nachher Fieber, anginöse Beschwerden, Entwicklung von zahlreichen roten und violetten Flatschen in größerer Ausdehnung. Punktion der geschwollenen epitrochlearen Lymphdrüsen ergab die Anwesenheit von Spirochäten. Novarsenobillon. Heilung.

A. Philippi-Bad Salzschlirf.

Beitrag zur Kenntnis der unsichtbaren Infektionen (experimentelle Untersuchungen bei Typhus exanthematicus) (Contribution à la connaissance des infections inapparantes (Exemples tirés de l'étude expérimentale du typhus exanthématique), von Ch. Nicolle. (Compt. rend. acad. des Sciences, 1924, Bd. 179, Nr. 6, S. 375.) Verf. versteht unter unsichtbarer Infektion, die bei einigen Tierarten beobachtete merkwürdige Erscheinung, daß eine infektiöse Erkrankung ohne klinisch bemerkbare Symptome verläuft, während sich durch Kultur und Weiterimpfung das Bestehen einer Septikämie mit Inkubation, Entwicklung, Heilung und mehr oder weniger ausgeprägter Immunität erweisen läßt. Er teilt seine Erfahrungen an Ratten, Mäusen und Meerschweinchen in bezug auf die Typhusinfektion mit. Die bei diesen Tieren häufig beobachteten unsichtbaren Infektionen erscheinen geeignet, beim experimentellen Studium der Infektionskrankheiten in Zukunft eine wichtige Rolle zu spielen.

M. Gumpert-Berlin.

Die Eigenblutbehandlung bei Infektionskrankheiten, insbesondere Flecktyphus, von D. Kirschenblatt u. B. Nasarjanz, Inf.-Abt. Eisenbahnerkrkhs. Tiflis. (Arch. f. Schiffs- u. Trop.-Hyg., 1924, Bd. 28, H. 9, S. 403.) Verff. heben ihre sehr guten Erfolge mit der Eigenblutherapie bei Flecktyphus hervor. Die Krankheit nimmt einen viel leichteren Verlauf, Komplikationen fehlen fast völlig, schnellerer Temperaturrückgang und bedeutend geringere Sterblichkeit, 1% gegen 9%, wurden beobachtet. Es wurden 10—20 ccm Blut am 6. bis 8. Tage in die Glutäen injiziert. Auch bei Fällen von Erysipel sowie Typhus abdominalis und Paratyphus sahen Verff. bei der Eigenblutbehandlung schnellere Besserung und ruhigeren Verlauf.

B. Peiser-Berlin.

Blattern und Seuchenbereitschaft, von R. Ziel-Prag. (M. Kl., 1924, Nr. 50, S. 1767—1769.) Infolge einer von auswärts eingeschleppten Infektion erkrankte zunächst ein Säugling, und es zeigte sich eine auffallende Empfänglichkeit für das

Digitized by Google

Variola-Virus in dessen Verwandtschaft. Von im ganzen weiter erkrankten 6 Fällen zeigten 2, die in der Jugend geimpft waren, und einer, der 50 Jahre zuvor Variola überstanden hatte, einen milden Verlauf, von 3 Ungeimpften starben 2. Beschreibung der Einrichtungen zur Seuchenbekämpfung, besonders der für entlegenere Gegenden bestimmten Autokolonnen aus je 4 Wagen bestehend (Laboratorium, Instrumentarium für Operationen, Krankentransport, Badeeinrichtung, Desinfektionsapparat).
E. Levin-Berlin.

Variola und Impfung auf den Philippinen (Small-pox and Vaccination in the Philippines), von J. C. Mc Vail. (Brit. m. J., 1924, Nr. 3320, S. 281.) Nach dem amtlichen Bericht des Gesundheitsamtes zu Manila für das Jahr 1922 starben im Jahre 1918 in den Provinzen mehr als 15 000 Personen an Pocken und 1919 mehr als 49 000; das Jahr 1920 brachte noch 719 Todesfälle; 1922 nur 19. In der Hauptstadt kamen in den Jahren 1921 und 1922 keine Pockentodesfälle vor. Es läßt sich nicht sicher entscheiden, inwieweit diese günstigen Ergebnisse einem natürlichen Nachlassen der Virulenz und inwieweit sie der allerdings in möglichster Ausgiebigkeit durchgeführten Impfung zuzuschreiben ist. Bei letzterer war der Hauptmangel die Unmöglichkeit, eine hinreichende Kontrolle der geimpften Individuen durchzuführen. Auch besteht etwas Unklarheit über die Klassifizierung der Varioloïsfälle und deren Differenzierung gegenüber der Variola.
A. Philippi-Bad Salzschlirf.

Impfung und Impfgegner, von O. Stiner-Bern. (Schweiz. m. W., 1924, Nr. 47, S. 1078—1088.) Die zur Zeit in der Schweiz herrschende Pockenepidemie hat einen außerordentlich milden Charakter, so daß manche Fälle geringere Erscheinungen aufweisen als die Impfreaktion eines erwachsenen Erstgeimpften. Dadurch wird den Impfgegnern ihre Tätigkeit erleichtert, was die lange Dauer der Epidemie und schwere wirtschaftliche Schädigungen zur Folge hat. Die Epidemie fand bei ihrem Auftreten im Jahre 1921 einen günstigen Boden, da der größte Teil der Bevölkerung der deutschen Schweiz ungeimpft war, sie ist eine Epidemie der Jugendlichen und der Ungeimpften, da unter den über Dreißigjährigen die Geimpften überwiegen, denn der früher bestehende Impfzwang war in deren Jugendzeit noch nicht aufgehoben. Die Kantone, in denen der Impfzwang noch besteht und richtig durchgeführt wird, setzten dem Vordringen der Epidemie einen Wall entgegen. Mit Rücksicht auf den im allgemeinen gutartigen Verlauf war die Vermutung aufgetaucht, daß es sich gar nicht um echte Pocken handele; doch sprachen für diese die doch gelegentlich auftretenden schweren Fälle sowie die Tatsache, daß nur Ungeimpfte oder vor langer Zeit Geimpfte erkrankten. Gegen die Möglichkeit, daß es sich um eine neu eingeschleppte exotische Krankheit handelte, spricht, daß die hier in Frage kommenden pockenähnlichen Krankheiten keine Immunität gegen Variola oder Vakzine geben, während bei der vorliegenden Epidemie kürzere oder längere Zeit nach überstandener Krankheit vorgenommene Vakzinationen erfolglos verliefen. Es erscheint nicht berechtigt, die Epidemie als eine Variola modificata (Tièche) zu bezeichnen, vielmehr handelt es sich nur um eine Variola attenuata. Unter Hinweis auf die gefährliche und gewissenlose Tätigkeit der Impfgegner und die Möglichkeit, durch eine geeignete Technik die früher vielleicht vorgekommenen Impfschädigungen zu vermeiden, wird die Einführung der Zwangsimpfung gefordert.
E. Levin-Berlin.

Impfwesen und Pockenbekämpfung in England, von J. Breger-Berlin. (Kl. W., 1924, Nr. 48, S. 2206.) Ausführliche Besprechung der Maßnahmen gegen die Einschleppung der Pocken nach England, was um so berechtigter erscheint, als bei dem Fehlen eines Impfzwanges in England 1923 und 1924 insgesamt 5377 Erkrankungen gegenüber 31 in Deutschland ermittelt wurden. Ein beträchtlicher Teil davon sind Kinder. Alle zur Anwendung kommenden Maßnahmen, wie Honorierung der Ärzte für Krankheitsmeldungen, Bereitstellung von Sachverständigen zur Unterstützung der Ärzte, genaue Überwachung der arbeitenden Bevölkerung, Absonderung von Kranken und Verdächtigen in Spezialkrankenhäusern und Vergütung der Krankenkosten an ansteckungsverdächtige Personen, haben eine befriedigende Bekämpfung der Pockenerkrankungen nicht herbeiführen können.
E. Langer-Berlin.

Wie können wir die Gefahren der Impfungen verringern? von Bonne. (M. m. W., 1924, Nr. 18, S. 587.) Warnung, „zahnende", hautkranke, tuberkulöse, rachitische oder sonst kranke Kinder zu impfen. Todesfälle und Entwicklungsstörungen! Verbot von Menschenlymphe! Impfungen gegen andere Krankheiten im Felde dürfen nur innerhalb eine Ruheperiode ausgeführt werden.
A. v. Notthafft-München.

Digitized by Google

Ein Fall von universellem Impfausschlag (A Case of Generalized Vaccinia), von G. T. Baker. (Brit. m. J., 1924, Nr. 3329, S. 717.) Ein wegen rezidivierender Melancholie in der Irrenanstalt behandelter 44jähriger Tagelöhner akquirierte am 8. Tage nach der bisher milde verlaufenen (mit 4 Strichen am rechten Arm ausgeführten) Impfung zunächst eine starke entzündliche Schwellung des ganzen Armes und dann im Verlaufe von einigen Stunden unter Temperatursteigerung bis 40° einen über den ganzen Körper mit Ausnahme des Gesichts sich ausdehnenden Impfausschlag. Binnen etwa 24 Stunden war derselbe unter Rückgang der Temperatur zur Norm wieder verschwunden. A. Philippi-Bad Salzschlirf.

Die Degeneration der humanisierten Lymphe im 19. Jahrhundert (Bemerkungen zur Arbeit von H. A. Gins in Jahrg. 3, Nr. 15, S. 634 dieser Wochenschr.), von H. Böing-Warstaede. (Kl. W., 1924, Nr. 44, S. 2006.) Verf. nimmt Stellung zu einem gleichnamigen Aufsatz von Gins. Er kann nicht mit ihm einer Meinung sein und von einer Degeneration der humanen Lymphe sprechen, sondern allenfalls von einer Abschwächung. Wichtiger sei die Frage, welche Einfluß eine Abschwächung auf die Wirkung der Impfung bezüglich ihrer Dauer auf die Immunisierung der Bevölkerung ausübt. Doch kann diese für das Impfproblem wichtigste Frage heute nicht gelöst werden. E. Langer-Berlin.

Lepra.

Das Problem der Lepra (The Problem of Leprosy), (Herausgeberartikel, Med. J. and Record, 1924, Bd. 120, Nr. 7, S. 345—346.) Im wesentlichen Bericht über eine Arbeit von Leonard Rogers über die Wirksamkeit der Isolierung, die allerdings durch die nicht rechtzeitige Aufdeckung frischer Fälle beeinträchtigt wird, sowie der Behandlung besonders mit Chaulmooograöl. Die Erfolge würden noch besser sein, wenn sich mehr weiße Ärzte und Pfleger entschließen könnten, in Lepragegenden tätig zu sein. E. Levin-Berlin.

Beitrag zur Färbung des Bazillus Hansen (Contributo alla colarazione del bacillo di Hansen), von A. Versari, Derm. Kl. Univ. Neapel. (Riforma med., 1923, Nr. 40.) Mit bestem Erfolge wurde die von Luisi vorgeschlagene Färbung des Kochschen Tuberkulosebazillus angewandt. Ausgehend von der Tatsache, daß der Tuberkulose- und Leprabazillus alkohol- und säurefest sind, versuchte Verf. auch den Leprabazillus mit einiger Änderung nach diesen Angaben zu färben. Färbung eines Ausstriches: Färben heiß 15—20 Sekunden in einer wässerigen, gesättigten Lösung von Kristallviolett, der man im Augenblick des Gebrauches 3½ Tropfen 5%iger Karbolsäure hinzufügt, darauf schnelle Entfärbung in 10%iger Salpetersäure. Ausgiebige Waschung mit Aqu. dest. Kontrastfärbung (kalt) 30—40 Sekunden in wässeriger 1%iger Fuchsinlösung. Bazillen schön violett auf rotem Grund. Färbung von Gewebsstücken: Formalinfixation, Paraffineinbettung. Schnitte in Xylol, Alkohol in absteigender Reihe, Aqu. dest. Färbung in gesättigter wässeriger Lösung von Kristallviolett, der kurz vor Gebrauch 5—6 Tropfen 5%iger Karbolsäure zugesetzt werden, eine Stunde Thermostat 37°. Entfärben in 3%iger Salzsäure, 2mal wechseln, bis die Stücke keine Farbwolken mehr abgeben. Waschen in Aqu. dest. Kontrastfärbung 4—6 Minuten in wässeriger 1%iger Eosinlösung. Alkohol in aufsteigender Reihe, Xylol, Kanadabalsam. Bazillen schön violett in dem rot gefärbten Gewebe. F. J. Baar-Bad Kreuznach.

Ein Fall von Lepra, behandelt mit einem Impfstoff, der aus einem Knötchen an des Patienten Arm hergestellt wurde (A Case of Leprosy. Treated by a Vaccine Prepared from a Nodule from the Patient's Arm), von N. Walker. (Lancet, 1924, Bd. 207, Nr. 5272, S. 542.) Patientin, 70 Jahre alt, war vor 40 Jahren aus Kowno nach Schottland gekommen und hat seitdem immer hier gelebt, war 52 Jahre verheiratet und hat zwei gesunde Kinder. Bis vor 4 Jahren, wo im Gesicht eine Hauteruption aufzutreten begann, war sie immer gesund. Im Gesicht sind jetzt eine Anzahl charakteristischer Knötchen vorhanden, ebenso an der Streckseite beider Vorderarme. Chaulmoograinjektionen, 2mal wöchentlich 3—4 Wochen lang vorgenommen, konnte Patientin wegen ihrer großen Schmerzhaftigkeit nicht vertragen. Es wurde nun Impfstoff aus einem Knötchen der Patientin selbst (Autovakzine) gewonnen; die Injektionen waren in keiner Weise schmerzhaft, wurden alle 8 Tage vorgenommen, und nach etwa 6 Monaten war ganz auffallende Verminderung und Verkleinerung der Knötchen sowie Besserung des Allgemeinbefindens eingetreten. Erwähnenswert ist die

Digitized by Google

lange Inkubationszeit — 40 Jahre — und das Fehlen von (Lepra-) Bazillen im Nasensekret. Verf. hofft, daß an größerem Material noch weitere Erfahrungen mit dieser Impfmethode gesammelt werden. M. Stern-München.

Tuberkulose.

Die primäre intrakutane Tuberkulinprobe 1:100, von E. Brunthaler-Hildesheim. (Mschr. f. Kinderhlk., 1924, Bd. 29, H. 1, S. 15.) Empfehlung der primären, diagnostischen, intrakutanen Probe mit 0,1 ccm einer Tuberkulinlösung 1:100. Vorzüge: größere Sicherheit gegenüber den Kutanproben, sofortige Auswertbarkeit. Nachteile: häufiges Auftreten von Fieber, bis 5 Tage lang anhaltend, sichtbare Schwellung für die Dauer von 14 Tagen bis zu Handtellergröße. Eine direkt ungünstige Beeinflussung wurde jedoch bei keinem der 219 geimpften Kindern beobachtet.
R. Ley-Kreuznach.

Hamburgers perkutane Tuberkulinreaktion, von A. Wallgren, Kinderkrkh. Gotenburg. (M. m. W., 1924, Nr. 30, S. 1017.) Die Methode ist z. T. sogar zuverlässiger als Pirquet. Notwendig ist, daß man die Sternalhaut wählt.
A. v. Notthafft-München.

Über die Beeinflussung der intrakutanen Tukerkulinreaktion durch das Blutserum Augentuberkulöser, von M. Schlegel, Inn. Abt. Städt. Krkhs. Berlin-Reinickendorf. (D. m. W., 1924, Nr. 42, S. 1446.) Die Versuchsergebnisse von Römer und vom Hofe (M. m. W., 1923, Nr. 31) konnten nicht bestätigt werden. — Bei 36 Patienten mit schwerer und prognostisch ungünstiger Augentuberkulose fiel die Tuberkulinreaktion nach Serumzusatz 7mal verstärkt, 21mal abgeschwächt und 8mal unverändert aus. 21 Patienten mit klinisch gutartiger Augentuberkulose reagierten 8mal mit stärkerer, 5mal mit abgeschwächter und 8mal mit unveränderter Reaktion.
F. Harry-Wiesbaden.

Ist die Tuberkulinreaktion eine Antigen-Antikörperreaktion? von H. Moral und S. Sarbadhikary, Inn. Abt. Städt. Krkhs. Berlin-Reinickendorf. (D. m. W., 1924, Nr. 41, S. 1408.) Die Angaben von Römer und v. Hofe, daß das Serum von Patienten mit prognostisch günstiger Augentuberkulose die Tuberkulinreaktion abschwächt, während es bei prognostisch ungünstigen Fällen die intrakutane Tuberkulinwirkung nicht verändert oder verstärkt, konnten bei der Nachprüfung an Lungentuberkulosekranken nicht bestätigt werden. Bei der Nachprüfung der Beobachtung von Jadassohn, daß Serumtuberkulingemische nach 24stündiger Aufbewahrung eine stärkere Reaktion hervorrufen als dem Tuberkulingehalt entspricht, erzielten Verff. die gleichen Ergebnisse. Sie können jedoch der von Jadassohn gegebenen Erklärung nicht zustimmen, da sowohl bei Verwendung anderer Eiweißlösungen als auch der Eiweißlösung allein nach 24stündigem Stehenlassen verstärkte Reaktionen auftraten.
F. Harry-Wiesbaden.

Zur Frage der Fellnerschen Papelsubstanzen, von G. Bessau u. O. Köhler, Univ.-Kinderkl. Leipzig. (Jahrbuch f. Kinderheilkd., Bd. 105.) Verf. haben die Fellnerschen Versuche nachgeprüft, mit der aus Tuberkulinpapeln gewonnenen Substanz bei Zusatz zum Alttuberkulin Verstärkungen der Reaktion zu erhalten, die von Fellner auf sog. „Prokutine" zurückgeführt werden. Dabei sind die Verff. exakter als Fellner vorgegangen, indem sie die Papeln zu verschiedenen Zeiten exstirpiert haben und ihren Extrakt nach feinstem Verreiben den verschiedenen Lösungen des Alttuberkulins zugesetzt haben. Daneben wurden zahlreiche Kontrollen angestellt. Sie konnten durch ihre Impfversuche an tuberkulinempfindlichen und andererseits tuberkulinunempfindlichen, sicher nicht tuberkulösen Kindern zeigen, daß die Fellnerschen Versuche einer exakten Nachprüfung nicht standhalten und daß somit die „Fellnerschen Prokutine" nicht existieren. Durch den Zusatz der Papelsubstanz konnte einerseits in keinem Falle die Reaktion irgendwie beeinflußt werden, andererseits sind alle Injektionen bei gesunden tuberkulinunempfindlichen Kindern negativ ausgefallen. Es sind demnach in den lokalen Herden der Tuberkulinreaktionen keinerlei Stoffe vorhanden, durch die die Tuberkulinempfindlichkeit passiv übertragen werden kann. E. Langer-Berlin.

Über die Brauchbarkeit der Komplementbindung mit verschiedenen Antigenen für die Diagnostik der Tuberkulose, von H. Schlossberger, O. Hartoch, M. Lusena und R. Prigge-Frankfurt a. M. (Zbl. f. Bakt., 1924, Bd. 93, H. 1/4, S. 59.) Es wurden 285 Sera Tuberkulöser sowie zur Kontrolle eine Anzahl Sera von Patienten

Digitized by Google

mit verschiedenen anderen Erkrankungen durch Sera völlig Gesunder geprüft. Die Komplementbindungsreaktion, die mit den verschiedensten Antigenen angestellt wurde, fiel in 48—70,6% positiv bei „aktiv" Tuberkulösen aus. Kontrollsera zeigten in 17—32,1% positive Resultate. Das von v. Wassermann angegebene Antigen ergab zwar die meisten positiven Reaktionen bei Tuberkulösen, andererseits auch bei Nichttuberkulösen die meisten unspezifischen Resultate. Vorläufig hat keine der bisher angegebenen serodiagnostischen Methoden wesentliche Bedeutung für die Erkennung tuberkulöser Prozesse. F. Harry-Wiesbaden.

Ist die neue Wassermannsche Reaktion (TbWR) geeignet zur Trennung aktiver und inaktiver Tuberkulose beim Kinde? von O. Wiese, Kaiser-Wilh. Kinderheilstätte Landshut. (M. m. W., 1924, Nr. 36, S. 1240.) Die Methode wird abgelehnt. A. v. Notthafft-München.

Bakterio-therapeutische Versuche bei der chirurgischen Tuberkulose (Essais bactériothérapiques dans les tuberculoses chirurgicales), von A. Vaudremer-Paris. (Presse méd., 1924, Nr. 81, S. 801.) Aus umfangreichen, im Verein mit Louis Martin ausgeführten bakteriologischen Untersuchungen hat Verf. die Überzeugung gewonnen, daß das in den Tuberkelbazillen enthaltene Tuberkulin bei Versuchstieren und dementsprechend auch beim Menschen sensibilisierend wirkt und den Boden für die weitere Infektion vorbereitet. Will man also bei Tuberkulosekranken bakterio-therapeutisch wirken, so muß man Bazillen verwenden, welche tuberkulinfrei sind. Außerdem müssen dieselben nicht mehr säurefest sein. Dies beides trifft bei manchen auf schlechtem Nährboden gewachsenen dürftigen Kulturen zu. Um bei kräftigen Kulturen das Ziel zu erreichen, hat Verf. Kulturen von Aspergillus fumigatus verwendet. Er filtrierte durch ein Chamberland-Filter und ließ die erhaltene Flüssigkeit einen Monat lang bei 38° im Autoklav auf die Tuberkelbazillen einwirken. Von diesen ist alsdann der vierte Teil zugrunde gegangen, ebenso das Tuberkulin, während die übriggebliebenen Bazillen verminderte Säurefestigkeit und Virulenz aufweisen. Eine hiermit in der üblichen Weise hergestellte Emulsion, die durch ein 5 Minuten langes Erhitzen auf 100° C sterilisiert wird, gibt bei Tieren und Menschen gute Resultate. Andererseits hat Verf. aus kalten Abszessen Kulturen gezüchtet, die eminent günstige Resultate lieferten. Auf einem festen Nährboden von Kartoffelbouillon mit 2%igem Zusatz von Gelatine wuchsen Kulturen auf, welche als Involutionsformen anzusprechen waren; sie weisen verschiedene Gestalten auf, Körnelung und Knospen, sind grampositiv und nicht mehr säurefest. Bei weiterer Züchtung auf Kartoffelbouillon (ohne Gelatine) erzielt man im Laufe von 3 Monaten ausschließlich Granulationsformen. Nach Abtötung durch Erhitzen auf 56° C ergeben dieselben ein ausgezeichnetes Mittel zur subkutanen Injektion durchschnittlich in Dosen von ½ ccm. Verf. berichtet über 15 Fälle von Tuberkulose in der Gossetschen Klinik, welche mit bestem Erfolge auf diese Weise behandelt wurden. A. Philippi-Bad Salzschlirf.

Tagesgeschichtliche Nachrichten.

Am 28. Februar wurde im Beisein der Nordwestdeutschen Dermatologischen Gesellschaft in Bremen das neue Strahlenhaus der Städtischen Krankenanstalten, welches der Diagnostik, Oberflächen- und Tiefentherapie, Licht- und Diathermiebehandlung dienen soll, eröffnet. Der Leiter, Prof. Hans Meyer, hielt hierbei Vorträge über: „Das physikalische Weltbild im Lichte der Strahlenforschung", „Neue Wege der Atomforschung" und „Der Aufbau der Materie".

Gestorben: Dr. Sidney Alrutz, Vorstand des Institutes für Experimentalpsychologie in Upsala, bekannt durch seine Untersuchungen über die Hautsensibilität.

R.

Nachdruck (auch des Abschnittes „Tagesg. Nachr.") ist ohne Genehmigung des Verlegers nicht erlaubt.

Verantwortlich für die Redaktion: für Originalabhandlungen und T. N.: Prof. Dr. J. H. Rille, Leipzig. Für den Referatenteil: Dr. M. Unna, Hamburg-Bergedorf.

Digitized by Google

Dermatologische Wochenschrift

Nr. 13 (Bd. 80) 28. März 1925

Aus der Univ.-Hautklinik Heidelberg (Direktor: Prof. Dr. Bettmann).

Über den Einfluß kurzwelliger (ultravioletter) Strahlen auf die Permeabilität der Haut (zugleich ein Beitrag zur Genese der Kalziumverschiebung).

Von

Prof. Dr. Oscar Gans und Dr. Hans Schlossmann.

Mit 1 mehrfarbigen Abbildung im Text.

In einer früheren Untersuchungsreihe war es Gans und Pakheiser gelungen (Derm. W., 1924, Bd. 78), für eine Reihe von Hautveränderungen ganz bestimmte und im Vergleich zur normalen Haut regelmäßige Unterschiede in der Kalziumverteilung im Gewebe festzustellen. Während bei dieser sich das Kalzium in der Hauptsache auf die Kutis beschränkt und in der Epidermis nur in ganz geringem Maße intrazellulär in Anlagerung an den Kern festzustellen ist, kommt es bei krankhaft veränderter Haut zu gesetzmäßigen Verschiebungen. Diese äußern sich z. B. bei den verschiedenen Formen des Ekzems hauptsächlich in einem Hinaufwandern des Kalziums in die Epidermis, und zwar in erster Linie in die interepithelialen Spalten, während das Zellinnere wenigstens bei den nässenden Formen völlig frei bleibt. Je trockener das Ekzem wird, um so mehr tritt die interzelluläre Verteilung zurück gegenüber einer der Norm sich nähernden intrazellulären. Bei der Psoriasis hingegen ist von vornherein die interzelluläre Kalziumablagerung sehr gering; hier findet es sich vielmehr in erster Linie intrazellulär, und zwar dem Kerne angelagert.

Nach neueren Untersuchungen liegen derartigen Verschiebungen in der Kalziumverteilung physikalisch-chemische Zustandsänderungen des Gewebes zugrunde. Wir hatten schon früher versucht, diese genauer zu erfassen, ohne daß es bisher gelungen war, ein befriedigendes Ergebnis zu erzielen. Es konnte zwar nachgewiesen werden, daß proliferative Vorgänge daran unbeteiligt waren. Denn bei einer für 15 Min. in 30 cm Entfernung mit Höhensonne bestrahlten und 24 Std. danach untersuchten normalen Haut fand sich im histologischen Bild keinerlei Anhaltspunkt für irgend welche proliferativen Veränderungen. Dagegen zeigte sich, daß in der bestrahlten Hautstelle eine starke und erheblich über die Norm hinausgehende Vermehrung des Kalziumgehaltes sowohl in Epidermis wie Kutis stattgefunden hatte. Auch aus der nächsten Umgebung der bestrahlten Hautstelle, von der man nach Lage der Versuchsanordnung annehmen mußte, daß schräg einfallende Strahlen dorthin gelangt

Digitized by Google

waren, hatte sich das Kalzium in den zentralen Bestrahlungsabschnitt begeben.

Zusammenfassend ergab sich aus diesen Untersuchungen, daß bei Bestrahlungen der Haut mit Höhensonne für das vermehrte Vorkommen des Kalziums in Kutis und auch Epidermis einmal der Antransport durch die Gefäße eine Rolle spielt, hervorgerufen durch stärkere Durchblutung und damit stärkeren Flüssigkeitsaustritt. Dies galt in erster Linie für die Kutis, dann aber auch für die Epidermis.

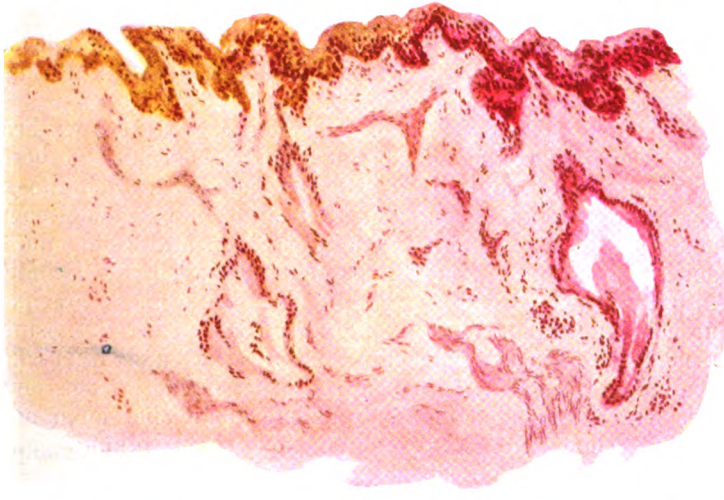
Diese Annahme allein genügt aber nicht zur Erklärung der Bilder, wie ein Vergleich bestrahlter und nichtbestrahlter normaler Hautstellen zeigt. Wir hatten oben kurz erwähnt, daß in der normalen Haut sich geringfügige Kalziumansammlungen innerhalb der Zelle in Kernnähe feststellen lassen. Diese fehlen in der bestrahlten Haut, und das gesamte Kalzium liegt in den interepithelialen Saftspalten. Es lag daher nahe, bei diesen Vorgängen an eine Beteiligung der Zellen selbst zu denken, und zwar kamen dabei in erster Linie wohl Änderungen in der Durchlässigkeit der Zellmembranen in Frage.

Welche Wege stehen nun zur Feststellung derartiger Änderungen in der physikalisch-chemischen Beschaffenheit der Zellmembran zur Verfügung? Trotz der feinen, einer unmittelbaren mikroskopischen Beobachtung nur schwer zugänglichen Verhältnisse mußte in erster Linie ein direkter Nachweis versucht werden. Quantitative Unterschiede der Durchlässigkeit für ein und dieselbe Substanz sind unter den verschiedensten physiologischen Bedingungen nachgewiesen worden. Dieser einfache Weg möglichst quantitativer Feststellung des Austritts gewisser, chemisch gut faßbarer Stoffe aus dem Innern der Epidermiszellen nach außen bzw. Verfolgung des Eintritts bestimmter Substanzen in das Zellinnere — wie dies z. B. von Embden und seinen Mitarbeitern (Embden und Adler, Zschr. f. physiol. Chemie, 1922, Nr. 118) in Fragen der Muskelphysiologie, wie es schon früher von McClendon (Americ. journ. of physiol., 1922, Nr. 118) an ruhenden und in Entwicklung befindlichen Froscheiern beobachtet worden war — kam nach Lage der Dinge nicht in Frage. Auch die Einwirkung verschiedenartiger Gifte, wie sie wiederholt zu derartigen Untersuchungen benutzt wurde, war hier nicht zu verwerten. Die Beobachtung von Schrumpfungs- bzw. Quellungsunterschieden in hyper- und hypotonischen Salzlösungen, wie sie Schade bei verschiedenen derartigen Fragestellungen anwenden konnte, erwies sich für unsere Absichten vorläufig nicht durchführbar.

Dagegen erwiesen sich zwei Wege als gangbar, die jeder für sich als zuverlässige Indikatoren für Änderungen im Permeabilitätszustand der membranartigen Zellgrenzschichten angesehen werden. Da sie in unserem besonderen Falle zudem in ihrer Anwendung an der Haut des Menschen zu sinngemäß den gleichen Ergebnissen führten, scheint damit ihre Beweiskraft besonders zuverlässig begründet. Es handelt sich einmal um die Prüfung der Polarisierbarkeit des Gewebes unter verschiedenen Bedingungen, zum anderen um das Eindringen von Ammoniak in das Innere der Zellen unter Anwendung von Farbstoffen als Indikatoren. Sogenannte vitale Färbeverfahren sind ohne weiteres nicht zu verwerten; derartige Versuche, wie sie ja neuerdings von verschiedenster Seite ge-

Digitized by Google

rade wieder für Fragen der Hautphysiologie und -pathologie herangezogen worden sind, führten zu keinem in unserem Sinne befriedigenden Ergebnis. Die sogenannte Indikatorenmethode hat hingegen den großen Vorteil, daß sie uns gestattet, den Eintritt sehr kleiner Stoffmengen ins Zellinnere unmittelbar zu sehen. Sie bedarf aber stets einer sorgfältigen Prüfung des Versuchsmaterials mit Rücksicht auf manche Fehlerquellen, die sich aus den Beziehungen zwischen derartigen Indikatoren und Eiweißkörpern ergeben (Höber, Physikal. Chemie der Zelle u. der Gewebe, 1922, 5. Aufl.). Und wenn wir bei der Prüfung der Durchlässigkeit der Zellmembranen für NH_3 auch nur eine der vielen Möglichkeiten untersuchten, so mußte dieses vorläufig genügen. Handelt es sich doch bei unserer ganzen Arbeitsrichtung zunächst darum, überhaupt einmal Anschauungen und Forschungsmethoden physikalisch-chemischer Betrachtungsweise zur Lösung von Fragen unseres engeren Arbeitsgebietes heran-



zuziehen. Es gilt auch hier zu den Ergebnissen einer rein morphologisch eingestellten Forschungsrichtung eine Brücke zu schlagen; denn die Lehren der pathologischen Anatomie können nur den Boden darstellen für den Ausbau der pathologischen Physiologie der Haut, dieser eigentlichen Grundlage jeglicher klinischen Betrachtungsweise!

I. Methodisches.

In unserem besonderen Falle handelt es sich um eine Abänderung der bereits vor einer Reihe von Jahren sowohl an Pflanzen (Newton Harvey, Journ. of exp. Zool., 1911, Bd. 10) wie an tierischen Geweben (Bethe u. a., Pflügers Archiv, 1909, Bd. 127) durchgeführten Neutralrotfärbung als Indikator für den Eintritt von Basen oder Säuren. Dabei war für uns die Tatsache maßgebend, daß einige Basen, wie KOH, sehr schwer, andere, wie das lipoidlösliche, schwach dissozierte NH_3, sehr leicht in die lebenden Protoplasten eindringen (Overton), ein Unterschied, der auf den Lebenseigenschaften der Zellen beruht und daher von uns als

Digitized by Google

Nachweis dafür verwertet wurde, daß wir tatsächlich an lebenden bzw. überlebenden Hautstückchen arbeiteten. Bei einer reihenweisen Vergleichsuntersuchung zeigte sich nämlich für NaOH bzw. NH_3 an mit Neutralrot gefärbten Hautstückchen der Eintritt des Farbumschlags nach:

Konzentration:	NaOH	NH_3
1/100 mol.	sofort	sofort
1/1000 mol.	30 Sek.	15 Sek.
1/5000 mol.	18 Min.	6 Min.

Vergleicht man ferner die Geschwindigkeit des Farbstoffumschlags bei lebenden und gerade abgetöteten Zellen, so zeigt sich, daß durch NH_3 lebende oder tote mit Neutralrot gefärbte Zellen fast gleich rasch entfärbt werden, während in der äquimolaren NaOH-Lösung die toten Zellen ebenso rasch wie in NH_3, die lebenden aber erst nach längerer Zeit umschlagen. Diese von Newton-Harvey (Journ. of exp. Zool., 1911, Bd. 10, S. 507) für pflanzliche Gewebe (Elodeablätter und Spirogyren) nachgewiesenen Tatsachen fanden wir an tierischem Gewebe, insbesondere menschlicher Haut demnach ebenso bestätigt wie die Unterschiede im Eindringen verschiedener Basen.

Im einzelnen gingen wir nach folgender Methode vor: Frisch exzidiertes Gewebe wurde mit dem Gefriermikrotom ohne vorhergehende Fixation geschnitten (Schnittdicke etwa 0,03 mm). Die Schnitte kommen für etwa 3 Std. in eine Lösung von Neutralrot in physiologischer Kochsalzlösung (5—10 Tropfen einer gesättigten Neutralrotlösung auf 20 ccm 0,9 %iger NaCl-Lösung). Zur Untersuchung werden die Schnitte dann ohne Abspülen in eine 1/3000—1/5000 mol. NH_3-Lösung gebracht. (Diese wird durch entsprechende Verdünnung einer 1/100 mol. NH_3-Lösung jedesmal frisch hergestellt; desgleichen die Neutralrot- und Kochsalzlösung.) Das Arbeiten mit NaOH empfiehlt sich nicht; einmal wegen der langen Dauer bis zum Eindringen der Natronlauge, dann aber auch mit Rücksicht auf die schon von Harvey, dann auch von Warburg betonte Gefahr der Gewebsschädigung durch starke Basen.

Wir behandelten nach diesem Vorgehen frisch exzidierte Hautstückchen, die von den verschiedensten normalen Körperstellen stammten, und erhielten als Dauer bis zum Eintritt des Farbumschlags von rot in gelb eine Zeit, die zwischen 4—6 Min. schwankte. Dabei sei erwähnt, daß Zusatz von schwachen Säuren (z. B. $^1/_{10}$ % CH_3COOH) die Rotfärbung wieder herstellt. Dieser Vorgang ist reversibel; denn er kann am gleichen Schnitte wiederholt durch abwechselnde Behandlung in dem alkalischen und sauren Milieu hervorgerufen werden. Ob den Unterschieden in der Schnelligkeit des Farbumschlags bei den von verschiedenen Körperstellen stammenden Hautstückchen bestimmte durch deren anatomische oder funktionelle Eigentümlichkeiten bedingte Regelmäßigkeiten zugrunde liegen, und ob sich diese im Vergleich zu den gleichen Körperstellen anderer Menschen entsprechend oder verschieden verhalten, bedarf noch weiterer Untersuchungen; es ist ja auch möglich, daß es sich dabei lediglich um Folgen der trotz peinlichst genauer Arbeit nicht immer gleichmäßigen Schnittdicke handelt. Temperaturunterschiede spielen ebenfalls eine Rolle: Wärme beschleunigt, Kälte verlangsamt den Ablauf der Erscheinung.

Digitized by Google

II. Permeabilitätsänderung durch ultraviolettes Licht.

Unsere Hauptaufgabe sahen wir zunächst — in Verfolg unseres Eingangs genannten Zieles — im Vergleich normaler und wechselnd lange mit Höhensonne bestrahlter Haut. Einen Überblick über das Ergebnis von drei aus den gesamten Versuchen ausgewählten, 15 Minuten lang in 50 cm Abstand bestrahlten Hautstellen zeigt folgende Tabelle:

Zeitdauer bis zum Eintritt des Farbumschlags:

Geschlecht und Alter	M. R., 10 Jahre, weiblich	K., 25 Jahre, männlich	K., 18 Jahre, weiblich
Hautstelle	Unterarm volar	Brust	Rücken
Seit Bestrahlung verflossen	3 Std.	6 Std.	3 Std. (Quarzlampe)
Farbumschlag: normale Haut	5 Min.	6 Min.	4 Min.
Farbumschlag: bestrahlte „	3 „	3 „	2½ „

Da stets unter den gleichen Versuchsbedingungen gearbeitet wurde und die Ergebnisse sich entsprechen, sehen wir von weiteren Tabellen ab.

Es ergibt sich demnach, daß bei den bestrahlten Hautstellen der Farbumschlag von rot in gelb (siehe Abb.) nahezu oder gar doppelt so schnell eintritt wie an den nicht bestrahlten Stellen. Ferner sieht man, daß die Tiefenwirkung weiter reicht, als man bisher allgemein annimmt. Auch bei diesen Untersuchungsreihen war der Farbumschlag reversibel (s. o.).

Unsere Untersuchungsergebnisse wären wiederum ein Beleg dafür, daß, wenn Zustände der Aktivität und der Ruhe im Gewebe miteinander abwechseln, damit auch eine Steigerung und Verminderung der Permeabilität Hand in Hand gehen.

Gegen die Deutung der Befunde als durch Permeabilitätsänderungen der Haut bedingt, ist nun der Einwand möglich, daß es sich bei diesen Versuchen an bestrahlter Haut gar nicht um eine physikalisch-chemische Zustandsänderung der Gewebszellgrenzflächen (Membranen?) handele, sondern daß diese Unterschiede einfach durch die starke Exsudation, durch einen stärkeren Zufluß von Körperflüssigkeit zu den betr. Hautstellen durch stärkere Rötung bedingt seien. Auch Form-, Volum- und Strukturänderungen könnten dabei eine Rolle spielen. Jedoch spricht gegen diese Einwände der folgende einfache Versuch:

In einem Falle wurde über das Erythem hinaus eine deutliche Verbrennung des Gewebes hervorgerufen, so daß statt eines Reizzustandes eine Schädigung der Zellreaktionsfähigkeit eintrat. Obwohl sich auch hier eine starke Exsudation einstellte, erfolgte doch der Farbumschlag im Gegensatz zu der gewöhnlichen Bestrahlung bedeutend später als in der umgebenden normalen Haut. Lokal stärkere Rötung ist ebenfalls ohne Einfluß, da der Versuch auch am abgeschnürten, anämischen Arm gelingt.

Wir verfügen jedoch in der Literatur bereits über Untersuchungen, die den Zusammenhang zwischen Belichtung und Permeabilitätssteigerung dartun. Tchahotine (zit. nach Höber) richtete unter dem Mikroskop auf ein Seeigelei einen feinen Strahl von ultraviolettem Licht und er-

Digitized by Google

zeugte auf diese Weise eine punktförmige Verletzung in der Eioberfläche (Radiopunktur). Sie äußerte sich darin, daß bei Übertragung in eine hypertonische Lösung allein die bestrahlte Stelle sich einbuchtete, bei Übertragung in eine hypotonische Lösung sich vorbuchtete; es ist also die Permeabilität für Wasser lokal gestiegen.

Färbt man das normale Seeigelei mit Neutralrot und bringt es dann in eine schwach mit NaOH alkalisch gemachte Lösung, so bleibt das Ei, wie O. Warburg gezeigt hat, rot, weil die Natronlauge durch die intakte Oberfläche nicht einzudringen vermag; radiopunktiert man aber eine Stelle, so breitet sich von ihr aus ein Farbumschlag in gelb infolge des Eindringens der Lauge über das ganze Eiinnere aus.

Es steht uns, wie eingangs kurz erwähnt, noch eine andere Methode physiologischer Forschung zur Verfügung, um Fragen der Permeabilitätsänderung zu entscheiden: es ist das die Prüfung des elektrischen Verhaltens des bestrahlten Gewebes hinsichtlich der Polarisierbarkeit.

Für das Verständnis dieser Frage muß man auf die Vorstellungen I. Bernsteins zurückgreifen, die jetzt wohl allgemein anerkannt sind. Dieser dachte sich die Zellmembranen auf ihrer Außenseite positiv, auf ihrer Innenseite negativ elektrisch geladen. Ob diese eigenartige Trennung der beiden Elektrizitäten durch die verschiedene Wanderungsgeschwindigkeit der Ionen bedingt ist (Höber, Physik. Chemie der Zelle und der Gewebe, 1922/24, 5. Aufl.), oder ob dabei die Membrankolloide eine Halbdurchlässigkeit für bestimmte Ionen besitzen, sie also gewissermaßen als Ionensiebe wirken (W. Ostwald), spielt zunächst für uns keine Rolle. Für unsere Auffassung ist vielmehr die weitere Vorstellung der Bernstein-Höberschen Theorie von Wert, daß zwischen Erregungszustand der Zelle und Durchlässigkeit der Zellmembran bestimmte gesetzmäßige Abhängigkeiten bestehen, mit anderen Worten, daß Steigerung und Minderung der Permeabilität Hand in Hand gehen mit Zuständen der Aktivität bzw. der Ruhe der Zellen. Diese Feststellung, die uns nach Vorstehendem für die Erklärung der Verhältnisse in der belichteten Haut ohne weiteres einleuchtet, wird noch ihre ganz besondere Bedeutung erlangen für die Beurteilung der abnormen Zellfunktionen, wie sie uns weitere Untersuchungen über Hautreizung und Ermüdbarkeit, über Permeabilitätsänderungen beim Ekzem und bei der Psoriasis ergeben haben. Über diese wird später noch berichtet werden.

Hier sei zusammenfassend nur soviel gesagt, daß Änderungen des elektrischen Zustandes der Hautzellen bzw. der Hautzellverbände Rückschlüsse erlauben auf Änderungen der Erregungslage des Zellprotoplasmas, i. e. auf Änderung der Permeabilität. Derartige Untersuchungen sind besonders von Gildemeister (Pflügers Archiv, 1915, Bd. 162), Ebbecke (ebenda, 1921, Bd. 190 und 1922, Bd. 195), Schwarz und neuerdings von Regelsberger (Zschr. f. d. ges. exp. Med., 1924, Bd. 42) durchgeführt worden. Die Untersuchungen Gildemeisters über den psychogalvanischen Reflex, d. h. die Natur der Zunahme der Stromintensität, welche man an einem von einem konstanten Strom durchflossenen Menschen beobachten kann, wenn er, etwa durch Zuruf, erregt wird, führten diesen zu der Annahme, daß die Änderung der

Digitized by Google

Polarisierbarkeit der Haut (Sinken) in erster Linie von der unwillkürlichen Tätigkeit der Schweißdrüßen abhängig sei. Es handele sich dabei um eine Erregung der Drüsennerven, wobei die Membranteilchen eine Änderung ihres kolloiden Zustandes, eine Auflockerung erfahren, wodurch ein besserer Ionenaustausch, damit ein verminderter Widerstand hervorgerufen wird und für dessen Dauer eine verminderte Polarisierbarkeit der Zellmembranen überhaupt. In Fortsetzung der Versuche Gildemeisters konnte Ebbecke zeigen, daß die Gildemeistersche Annahme auch für das gesamte übrige Hautepithel gilt. Bei jeder beliebigen Reizung der äußeren Haut, sei es nun auf mechanischem oder physikalischem (elektrischem) Wege, erweist sich die gereizte Hautstelle weniger polarisierbar als die Umgebung. Im Anschluß an diese Beobachtungen untersuchte Regelsberger den elektrischen Hauteffekt unter der Wirkung von Strahlenreizen und gab durch das Ergebnis seiner Arbeit unserer Betrachtung eine wertvolle Stütze. Er fand bei empfindlichen Versuchspersonen an der bestrahlten Stelle sofort nach Ausbruch des Erythems — bei weniger empfindlichen Patienten auch erst am nächsten Tage — eine sprunghafte Widerstandsverminderung, die in der Größenordnung das 10—100fache der angrenzenden Hautstellen betrug. Er konnte ferner zeigen, daß die absoluten Widerstandswerte von der Blutfülle des durchströmten Gewebes unabhängig sind, denn vor und nach Anlegung einer Esmarchschen Binde blieben sie in gleicher Größenordnung bestehen. Ebensowenig wurde eine lokale Widerstandsverminderung im Verhältnis zu den Nachbarwerten dadurch beeinflußt.

Für uns liegt der besondere Wert dieser Angaben Regelsbergers jedoch in der Möglichkeit, ihr Ergebnis als weiteren Beweis für die Permeabilitätsänderung in derartig gereizten Hautstellen heranzuziehen.

Indikatorenmethode und Polarisierbarkeitsänderung können demnach für uns als Beweis für eine Änderung in der Permeabilität des Gewebes bestrahlter Hautabschnitte angeführt werden. Es haben sich dadurch bezeichnende Zusammenhänge zwischen Kalziumverschiebung und Permeabilitätssteigerung in der Haut ergeben.

Wir stehen damit jedoch erst am Anfang einer Untersuchungsreihe, die uns die Bedeutung des Permeabilitätsproblems und damit physikalisch-chemischer Zustandsänderungen der Haut überhaupt für die Hautphysio- und Pathologie dartun soll. Insbesondere erhielten wir für die Klärung der Histogenese des Ekzems und der Psoriasis eigenartige Aufschlüsse, über die späterhin an Hand eines größeren Untersuchungsmaterials eingehend berichtet werden soll.

Digitized by Google

Ein Fall von Hautaspergillose der linken Wange.

Von

Dr. Menahem Hodara und Dr. Houloussi Behidjet in Konstantinopel.

(Aus dem Französischen übersetzt von Dr. Ernst Levin in Berlin.)

Mit 2 Abbildungen im Text.

Bei der Seltenheit der Hautaspergillose erscheint es uns angebracht, den folgenden von uns beobachteten Fall zu berichten. Ein junges Mädchen von 26 Jahren, in gutem Gesundheitszustande, kam zu dem einen von uns (Hodara) mit einer Geschwulst der linken Wange von harter Konsistenz, stellenweise höckrig, warzig; auf dem Gipfel einiger warziger Erhabenheiten zeigten sich weiche eitrige Stellen, die zum Teil eröffnet waren und einen viskösen Eiter absonderten, zum Teil lange Zeit in Form fistulöser Gänge bestehen blieben. Die ganze Wange war in ihrer ganzen Dicke gleichmäßig infiltriert, und selbst die Schleimhaut der Innenfläche war aufgetrieben. Die Geschwulst hatte ungefähr die Größe einer Nuß und nahm einen guten Teil der linken Wange ein; sie bestand bereits 5 Monate, als die Kranke sich vorstellte. Sie hatte sich vorher an einen anderen Arzt gewandt, nach dessen Mitteilung die Schwellung der Wange zu Beginn nach einer Parulis ausgesehen hatte, indem die Schleimhaut ebenso wie die ganze Wange aufgetrieben war. Nachdem die Kranke sich einen oder zwei Zähne hatte ausziehen lassen, ohne daß eine Besserung eingetreten wäre, stellte der Arzt einen oder zwei erweichte Punkte fest und machte zwei kleine Inzisionen. Die Geschwulst blieb bestehen und vergrößerte sich, und der Arzt dachte an eine Aktinomykose. Er ließ von diesem Gesichtspunkte aus Untersuchungen vornehmen, das Ergebnis war jedoch negativ. Auf Anraten eines anderen Arztes unterzog sich die Kranke einer Syphiliskur mit Einspritzungen von Hg. bijodat. ohne jeden Erfolg. Die Geschwulst vergrößerte sich immer mehr, und nach einem Bestehen von 4—5 Monaten stellte sich die Kranke einem von uns (Hodara) in dem oben beschriebenen Zustande vor, unter dem Bilde einer stellenweise warzigen Geschwulst von harter Konsistenz und der Größe einer Nuß mit erweichten und eitrigen Punkten, die stellenweise das Aussehen fistulöser Gänge boten.

Die von uns vorgenommene Blutuntersuchung fiel negativ aus. Nach unserer Überzeugung handelte es sich um eine Sporotrichose, und unsere Überzeugung war eine so vollkommene, daß wir sofort äußerlich Lugolsche Lösung anwandten und innerlich Jodkali in großen Dosen (5 g pro die) gaben. Wir baten den ausgezeichneten Bakteriologen Dr. Omer Fouad Pascha von dem Eiter der Geschwulst Kulturen auf Sporotrichose anzulegen. Nach einer 20tägigen Behandlung mit Jod in hoher Dosis und Lugolscher Lösung äußerlich trat eine deutliche Besserung ein, aber zu meiner großen Überraschung teilte mir Dr. Omer Fouad Pascha mit, daß die Kulturen kein Sporotrichon ergeben hätten, sondern nur gewöhnliche Saprophyten von Aspergillustypus. Trotzdem zeigte sich aber in

Digitized by Google

diesem Falle eine, wenn auch langsame, günstige Einwirkung der Antisporotrichosebehandlung. Ich bat nun Dr. Houloussi Behdjet mit den Aspergilluskulturen Impfungen an Tieren vorzunehmen, um festzustellen, ob sie pathogen wären oder nicht. Dr. Behdjet stellte seinerseits fest, daß es sich um Aspergillus handelte und machte eine Emulsion mit den Kulturen, mit der er zwei Kaninchen, ein junges und ein altes, subkutan und intramuskulär impfte. Das junge Kaninchen starb nach 20 Tagen, bei der Autopsie zeigte sich eine allgemeine Peritonitis; das alte Kaninchen war gegen die Einspritzungen mit der Aspergillusemulsion widerstandsfähiger. Nach 18 Tagen erschienen an den Injektionsstellen Infiltrate, die ulzerierten, eiterten und stellenweise fistulöse Gänge zurückließen. In der Gegend der Einspritzungen sah man vereiterte Drüsen, und die Aussaat des Eiters aus einer von ihnen ergab auf Sabouraudschem Nährboden eine Aspergilluskultur, ganz ähnlich der eingeimpften, so daß der pathogene Charakter des überimpften Aspergillus experimentell nachgewiesen war.

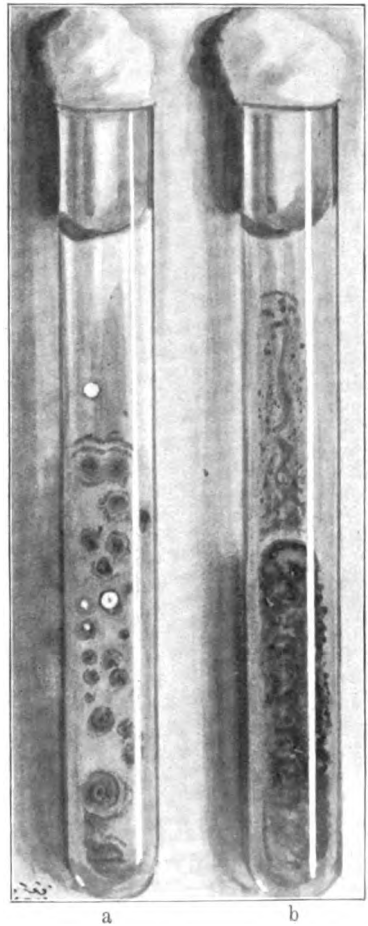


Abb. 1.

Abbildung 1 zeigt zwei Kulturen, a) ist eine Kultur von dem aus der vereiterten Drüse entnommenen Eiter, die völlig der ursprünglichen Aspergilluskultur b) von dem jungen Mädchen gleicht. Dr. Houloussi Behdjet impfte ferner ein Meerschweinchen auf folgende Art: nachdem die Haare mit der Schere abgeschnitten waren, machte er Skarifikationen und rieb die Emulsion der Aspergilluskultur ein. Nach 20 Tagen stellte man an der Haut des Meerschweinchens das Auftreten von kleinen harten Knötchen fest, die den im Beginn bei dem jungen Mädchen beobachteten glichen. Diese harten Knötchen des Meerschweinchens ulzerierten stellenweise und bedeckten sich mit Krusten. Nach ihrer Entfernung wurde mit dem darunter befindlichen eitrigen Sekret eine Aussaat auf Sabouraudschen Nährboden gemacht, und man erhielt Aspergilluskulturen, die völlig den von der Geschwulst der Wange des jungen Mädchens stammenden glichen, so daß deren Pathogenität nachgewiesen und gleichzeitig die pathogene Aspergillusgeschwulst der Haut des jungen Mädchens in unzweifelhafter Form experimentell bei dem Meerschweinchen und dem Kaninchen hervorgerufen war.

Digitized by Google

Abbildung 2 zeigt die experimentell bei dem Meerschweinchen erzeugten Läsionen. In unseren Präparaten von den Kulturen des pathogenen Aspergillus sieht man unter dem Mikroskop das Aspergillusmyzelium unter dem Bilde von weißen, stellenweise gegliederten Fäden mit einem braunen, rindenartigen Saume. Hier und da sieht man Chlamydosporen und Bläschenbildung im Verlaufe oder an den Enden, ferner Konidiensporen mit Konidien bedeckt oder an den Enden mit Massen von Konidien unter der Form von Anschwellungen. Hier und da kann man auch einen Myzelfaden sehen mit einer Myzelanschwellung am Ende wie bei Aspergillus fumigatus.

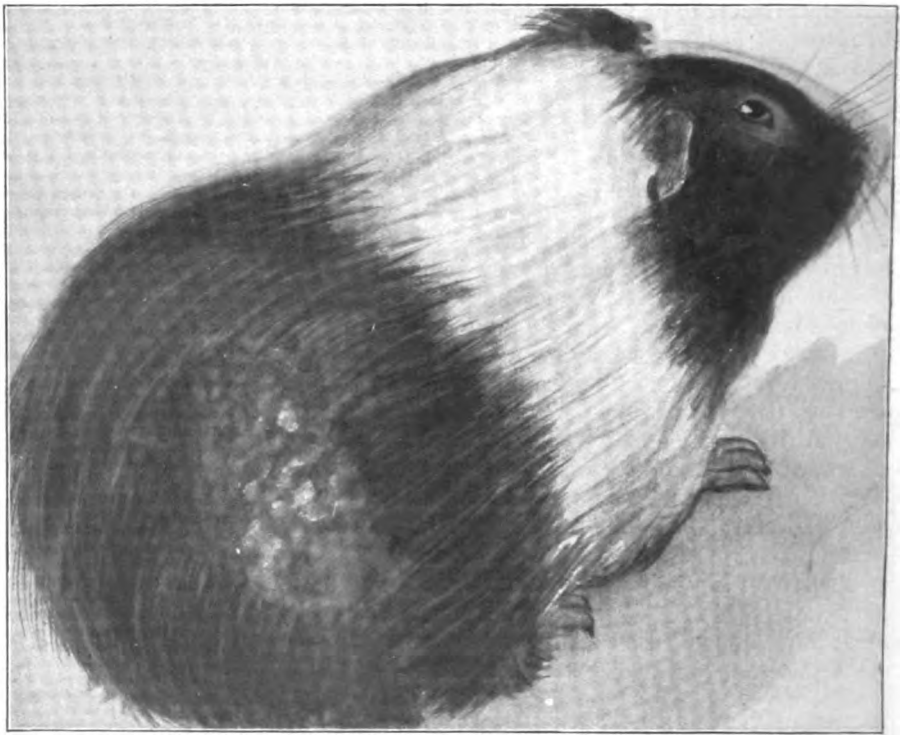


Abb. 2.

Nach 3—4monatiger Anwendung von Jod in hohen Dosen sahen wir die Kranke wieder und stellten eine beträchtliche Verkleinerung des Umfanges der Geschwulst fest. Wir rieten ihr dringend, mit der gleichen Behandlung bis zum völligen Schwinden der Erkrankung fortzufahren, selbst wenn dies mehrere Monate dauern sollte; glücklicherweise legte die Kranke Wert darauf und fuhr nicht nur mit der Jodmedikation fort, sondern nahm es zunächst in unglaublichen Dosen bis zu 8—9 g täglich. Später, als sie diese nicht vertrug, beschränkte sie sich auf 5 g täglich. Nachdem die Kranke ungefähr ein Jahr lang Jod genommen hatte, war

Digitized by Google

sie vollkommen geheilt, die Geschwulst war völlig und ohne Spuren zu hinterlassen geschwunden, dank der langen Jodbehandlung.

Wir können aus diesem Falle folgende Schlüsse ziehen: 1. Obgleich die Hautaspergillose sehr selten ist, muß man mit ihr rechnen bei Geschwülsten von sporotrichotischem Aussehen, bei denen kein Sporotrichon nachzuweisen ist; wenn man in ihnen Aspergillus antrifft, muß man stets den Tierversuch anstellen, um festzustellen, ob der Aspergillus pathogen ist oder nicht. 2. Die Sporotrichose heilt verhältnismäßig viel schneller auf Jod, ungefähr im Verlaufe von 2—4 Monaten, während die Hautaspergillose viel resistenter gegen Jod ist; man muß die Kranken davon überzeugen, daß sie nicht den Mut verlieren dürfen und die Jodbehandlung bis zu einem Jahre und länger fortsetzen müssen, bis eine völlige Heilung erzielt ist.

Über eine kolloide Eisen-Aluminiumlösung und neuere Wege in der Syphilistherapie.

Von

Dr. Ed. Richter in Hamburg.

Seitdem ich vor zwölf Jahren das Kontraluesin in die antiluetische Therapie eingeführt habe, ist von keinem chemischen Werk ein homologes Präparat in die Praxis gebracht worden. In dem kolloiden Zustand, in dem sich das Quecksilber daselbst befindet, zeigt das Quecksilber keine toxischen Eigenschaften, ohne daß seine antiluetischen Wirkungen beeinträchtigt werden. Im Oktoberheft d. J. vom „The Glasgow Medical Journal“ ist eine englische Arbeit von Dr. W. Snodgrass aus der Hautabteilung des dortigen Krankenhauses erschienen, in welcher in eingehender Form die Erfahrungen mit Kontraluesin an 27 Fällen niedergelegt sind. Die Meinung des englischen Kollegen über das kolloidale Quecksilber ist die gleiche, wie sie Klausner in Prag 1913 und 1914 (M. m. W., Nr. 22 und 15) beschrieben hat. Ich selbst kann noch aus der Reihe meiner Erfahrungen mitteilen, daß die Unschädlichkeit des Kontraluesins sich weiter bewährt hat, und daß ich nach temporären Kuren glauben kann, daß die Syphilis restlos bewältigt werden kann. Die Injektionsdosis wähle ich individuell; bei körperlich Schwächlichen nehme ich 0,5—0,8, und nur bei kräftigen Leuten nehme ich den ganzen Ampulleninhalt von 1,2 ccm, dies letztere aber nur selten. Lieber nehme ich einige Injektionen von mittlerer Dosis mehr. Mehr als 6—10 Injektionen pflege ich nicht zu geben. Nach der ersten Kur ermahne ich zur zweiten nach 6—8 Wochen und dann zur dritten nach 1—2 Jahren, jedoch selbstverständlich auch hier individualisierend.

Das Kontraluesin habe ich, dem Zug der Zeit folgend, nunmehr auf eine neue Grundlage gebracht, indem ich es mit Wismut angereichert habe und somit zum ersten Mal ein Präparat herausgebracht habe, welches Wismut und Quecksilber zugleich enthält. Infolge dieser beiden antiluetischen Komponenten habe ich die Injektionsdosis des von mir „Merwisin“ genannten Präparates erheblich verringern können, und zwar bis

Digitized by Google

auf 0,3—0,5 ccm tief intramuskulär. Diese Dosis ist nicht schmerzhaft und führt kaum zu Infiltraten. Die temporären Anwendungen sind sonst dieselben wie beim Kontraluesin. Nierenreizungen oder Zahnfleischreizungen habe ich nicht beobachtet.

Ich gehe nun zur Schilderung eines neuen Präparates über, dessen Anwendungsgebiet aus seiner Zusammensetzung hervorgeht. Ich benutze es zur intravenösen Injektion und möchte gleich bemerken, daß ich unter etwa 500 intravenösen Injektionen weder einen angioneurotischen Symptomenkomplex noch sonst eine Schädigung sah. Das neue Präparat ist ebenfalls der kolloiden Chemie entwachsen und besteht metallisch aus kolloidem Eisen-Aluminium; anorganisch ist ihm im Aufbau Jodkali zugefügt und organisch ist sein Hauptbestandteil Salizylsäure.

Diese Zusammensetzung gibt mir Veranlassung zu einigen Ausführungen über die Kolloidchemie in ihrer heutigen wissenschaftlichen Auffassung und ihrer praktischen Anwendung. Die Kolloidchemie ist eine zu junge Wissenschaft, als daß sie nicht noch in den Kinderschuhen stecken müßte. Sie ist 1861 von dem Engländer Graham als Wissenschaft fixiert worden, und ihre Definition ist im großen ganzen dieselbe geblieben, wie Graham sie schuf. Graham definierte: Stoffe, welche durch eine Pergamentmembran hindurchgehen, sind kristalloid, jene Stoffe, welche das nicht zuwege bringen, sind kolloid. Dieser ersten Anregung Grahams haben wir alles zu verdanken, was uns bisher als kolloid wissenschaftlich bekannt ist. Jedoch ist meines Erachtens der Begriff des Kolloiden wohl physikalisch auszuwerten, aber in letzter Linie handelt es sich absolut nicht um rein physikalische Zustände, sondern es handelt sich um chemische, um die Chemie der Organismen, welche eine ganz wesentlich anders zu bewertende ist als die reine Chemie.

Was die rein physikalische Einstellung der Kolloidchemie durch Graham betrifft, so halte ich diesen Standpunkt für nicht richtig. Denn man sieht bei der oben genannten Eisenkolloidlösung, daß kolloides Eisen sehr wohl durch Membranen diffundiert; daß es sich dabei als kolloides Eisen hält, hängt einzig und allein von seiner chemischen Umgebung ab.

Die Größe der Partikel hat an sich mit der Kolloidität nichts zu tun; ob ein Metall z. B. sich dispers kolloid halten kann, hängt nur von seiner chemischen Umgebung, insbesondere von der Affinitätsaufhebung ab. In diesem letzteren Satz liegt das Wesen der ganzen Kolloidchemie: die Affinitätsbeziehungen werden durch chemische Zwischenwände aufgehoben. Die physikalische Trennungswand poröser Filter ist nur ein zuweilen bestehendes Charakteristikum kolloidaler Lösungen. Die Hauptsache ist nach meiner Meinung die chemische Trennungswand, welche gleichsam als haptophore Gruppe sich zwischen die beiden chemischen Kontrahenten schiebt, ihre chemische Vereinigung verhindert und als Mittelkörper nach zwei Seiten einhakt. Bei edlen Metallen freilich, welche fast gar keinem Oxydationszwange unterliegen, werden physikalische leichte Schutzhüllen genügen, nicht aber bei den Metallen der natürlichen Organismen, als da sind Eisen, Aluminium usw. Diese leicht oxydierbaren Elemente spielen im Leben des Tier- und Pflanzenkörpers

Digitized by Google

eine große Rolle. Daß sie den Fällungen daselbst durch Elektrolyte entgehen, liegt daran, daß die Natur ihnen die chemischen Schutzwände in Form von Kohlehydraten, Eiweißkörpern, Fetten gegeben hat. Das, was in der Natur als Glukoside vorkommt, ist so recht das Paradigma der organischen Kolloidchemie. Die Glukose ist die Verankerung, an der oft nach zwei Seiten chemisch einfache Stoffe hängen.

Diesen natürlichen Vorgang habe ich in dem Injektionspräparat nachgeahmt. Ich habe die kolloide Eisen-Aluminiumlösung chemisch vor Angriffen durch Zucker geschützt; ich habe also ein sozusagen künstliches Glukosid in wässeriger Lösung geschaffen. Die Lösung hat eine rubinrote Farbe, welche durch kolloides Eisen bewirkt wird. Daß der Zucker erstens einmal zur kolloiden Haltbarkeit des Eisensols wirkt, ist klar, denn die rubinrote Eisensollösung ist dauernd haltbar, ja sogar entgegen meinen früheren Versuchen aufkochbar. Zweitens aber ist der Zucker in dem Präparat eine chemische Trennungswand. In jedem Lehrbuch der Chemie steht, daß Eisensalze mit Salizylsäure einen violetten Niederschlag geben (übrigens auch eine kolloide Farbfällung des Eisens!), oder daß Ferrichlorid mit Ferrizyankalium Berliner Blau gibt. Beide Reaktionen sind in dem Präparat nicht möglich, weil die Schutzwand des Zuckers unangreifbare Molekularkomplexe schafft, obgleich Eisen und Salizylsäure selbst in dem Präparat enthalten sind. Trotz der hervorragenden Arbeiten Willstädters über die Blütenfarbstoffe glaube ich, daß Spuren von Metalloxyden in ihrer chemisch geschützten Kolloidität zur überaus großen Variante der Blütenfarbstoffe beitragen, wie ich auch meine, daß die Farben der Edelsteine Rubin, Saphir sowie des Türkis durch geringe Beimischungen kolloider Metalle, insbesondere Aluminium, Eisen usw. hervorgerufen sind.

Ohne gar zu sehr in kolloide Einzelheiten überzugehen, will ich lieber nunmehr den Zweck meiner kolloiden Lösung schildern. Ich brauche nur auf das Hämoglobin hinzuweisen, um zu zeigen, welche Rolle das Eisen im Tierkörper spielt. Im Pflanzenreich ist sein Vertreter wohl eher das Aluminium. Im Hämoglobin ist das Eisen unbedingt kolloidal untergebracht, und der Eisenvorrat wird im normalen Tierkörper aus den Nahrungsmitteln ergänzt. Ganz unabhängig von den Versuchen H. W. Fischers bin ich an den Aufbau meiner Eisensollösung gegangen. Jedoch halte ich es für eine Pflicht, das zu erwähnen, was Bechhold über H. W. Fischers Versuche schreibt, nämlich folgendes:

„Während kolloides Eisenhydroxyd als Typus der positiven Kolloide gilt, vermochte H. W. Fischer auch ein negatives Eisenoxydhydrosol herzustellen. Es gelang ihm dies, indem er Eisenchloridlösung in Natronlauge laufen ließ, die als Schutz Glyzerin enthielt. Glyzerin und überschüssiges Alkali wurden dann durch Diffusion entfernt. Statt Glyzerin können auch andere mehrwertige Alkohole, z. B. Mannit, Erythrit, Rohrzucker verwendet werden. Der Zweck seiner Versuche war der, ein Eisenoxydhydrosol zu gewinnen, das sich intravenös injizieren läßt. Positives Eisenoxyd flockt mit den negativen Serumkolloiden aus; deshalb gehen Tiere bei intravenöser Injektion von positivem Eisenoxyd sofort an Embolie zugrunde. Eine merkwürdige Ausnahme fanden C. Foa und A. Aggazzotti beim Hund, der gegen positives Eisenoxyd unempfind-

Digitized by Google

lich ist; eine Erklärung steht aus. — Das negative Eisenoxyd läßt sich beliebig mit Serum mischen. Es bildet eine tiefrubinrote Lösung, die unter Umständen weit mehr als ihr eigenes Volumen an Sauerstoff aufnehmen kann. Da es auch einzelne andere Eigenschaften mit dem Hämoglobin teilt, so bezeichnet H. W. Fischer diese Darstellung als „Effektsynthese des Hämoglobins". — Bei geeigneter Herstellung läßt sich negatives Eisenoxyd Kaninchen intravenös injizieren, doch erwies es sich je nach der Herstellung und je nach dem Tier als mehr oder minder starkes Gift, trotzdem keine Embolie nachweisbar war. — Das negative Eisenoxyd scheint sich in den drüsigen Organen (Leber, Niere) zu speichern, ebenso wie die anderen hydrophoben, meist negativen Kolloide. Eine Umladung findet nicht statt, denn mit Ferrozyankalium tritt erst auf HCl-Zusatz eine Blaufärbung ein. — Während positives Eisenoxydhydrosol arsenige Säure kräftig adsorbiert, versagt seine Schutzwirkung fast vollkommen, wenn man ein solches Gemisch mit adsorbierter arseniger Säure subkutan injiziert. Negatives Eisenoxydhydrosol übt jedoch unter gleichen Umständen eine sehr erhebliche Schutzwirkung aus; sie versagt jedoch ebenfalls vollkommen, sobald man die Mischung intravenös injiziert. H. W. Fischer schreibt dies der Gegenwart des Hämoglobins zu, das die arsenige Säure dem Eisenoxydhydrosol entreiße."

Es war also bisher nicht gelungen, einen sozusagen „chemischen Blutersatz" zu schaffen. Insofern sind meine Versuche von Erfolg gewesen, als ich in allmählichem Aufbau ein therapeutisches Präparat hergestellt habe, daß ein kolloides Eisen ohne Schädigung und mit Nutzen zur intravenösen, intramuskulären und inneren Therapie bietet.

Die Indikationen sind eigentlich aus dem Wesen des Präparates gegeben: wegen seines Eisengehaltes eignet es sich zur Injektion bei primären oder sekundären Anämien, wegen seiner durch Salizylsäure bedingten antiseptischen Wirkung habe ich es zur Bekämpfung von Infektionskrankheiten wie Tuberkulose, Syphilis, Gonorrhoe benutzt. Tampons, durchtränkt mit der Lösung, scheinen mir bei der weiblichen Zervikalgonorrhoe gute Dienste zu leisten. Zur Behandlung der männlichen Gonorrhoe mußte dreifach verdünnt werden. Schließlich ist der Gehalt der Lösung an Jodkali (1%) erstens ein Beweis, daß in kolloider Lösung Kalisalze kein Herzgift sind, und ferner eine Indikation für die Anwendung der Lösung bei tertiärer Syphilis, bei deren Behandlung ich das Präparat an Stelle von Salvarsan benutze.

Der animalische Körper ist ein Konglomerat von Kolloiden, zwischen denen Elektrolyte an ganz bestimmte Reaktionen gebunden sind. Wir haben die Wege kolloidchemischer Therapie eben erst beschritten und können dabei eine Einteilung machen in kolloidale animalische Therapie, Reizkörper-, Proteinkörpertherapie, Vakzination und in kolloid chemische Therapie, wobei den Glukosiden der Metalle die gleiche Rolle zufällt wie in dem schönen Präparat von Klausner und Wiechowski, dem Reargon, welches der Hauptsache nach Silbergelatose-Glukosid ist. Diesen Silberpräparaten reiht sich das oben beschriebene kolloide Eisenpräparat an.

Inzwischen habe ich mit weiteren neuen kolloidchemischen Methoden ein kolloides Quecksilber mit Wismut herstellen können. Dieses Präparat enthält das unschädliche kolloide Hg ebenfalls in wäßrigem Suspensions-

Digitized by Google

mittel, wie das Kontraluesin. Das neue Mittel, welches ich wegen seiner Hauptbestandteile — Wismut und Mercur — Bismercin genannt habe, enthält in $^1/_2$ ccm 0,1 Hg und 0,6 Bi. Seine intramuskulären Injektionen sind schmerzlos. Schädigungen habe ich bisher nicht gesehen. Die Injektion von $^1/_3$ ccm dürfte pro dosis genügen.

Ich glaube, daß mit dem Bismercin meinen mehr als zwölfjährigen Bemühungen bei Lues unschädliches Hg einzuverleiben, ein gewisser Ruhepunkt gegeben ist.

Referatenteil

redigiert von Dr. Marie Unna, Hamburg-Bergedorf.

Fachzeitschriften.

The Urologic and Cutaneous Review.

Dezember 1924, Bd. 28, Nr. 12.

Die Giftigkeit des Salvarsans (The Toxicity of Salvarsan), von W. Wechselmann-Berlin. S. 703—706. Salvarsan ist an und für sich nicht toxisch, kann nur unter bestimmten Umständen toxische Eigenschaften erhalten. Das geht schon daraus hervor, daß große Einzel- und Gesamtdosen anstandslos vertragen werden, während andererseits minimale Dosen tödlich wirken können. Erscheinungen wie Fieber, Exantheme, Purpura cerebri beruhen auf Schädigungen der Endothelien der Kapillaren, die zu Blockierung der Nieren, Thrombosen der Hirnvenen, besonders der Vena magna Galeni führen. Die Gefahr wird durch Kombination mit anderen toxisch wirkenden Mitteln, Quecksilber, Silber, Wismut verstärkt.

Epididymitis erotica, von J. Fick-Wien. S. 706—707. Sie tritt gewöhnlich auf, wenn regelmäßiger Geschlechtsverkehr zufällig längere Zeit unterbrochen wurde und keine Pollutionen stattfanden. Plötzliches Auftreten mit mäßigen Beschwerden, bisweilen auch geringe Erscheinungen von seiten der Harnröhre. Die Erscheinungen schwinden ebenso schnell wieder. Suspensorium, Wiederaufnahme des Geschlechtsverkehrs wirken günstig.

Tuberkulose des Harn-Genitalsystems beim Manne (Genito-Urinary Tuberculosis in the Male), von J. Welfeld-Chicago, Ill. S. 708—710. Überblick über die verschiedenen Infektionswege des Systems. Die allgemeine Annahme geht dahin, daß die Epididymis das zuerst ergriffene Organ ist; deshalb setzen auch die am meisten in Betracht kommenden operativen Methoden hier in erster Linie an. Die Frage der partiellen, konservativen Exzisionen oder der Totalexstirpation ist noch nicht entschieden.

Einige ungewöhnliche Verschlüsse des Blasenhalses (Some Unusual Obstructions of the Vesical Neck), von Ch. M. Harpester, Th. H. Brown und A. D. Vogelsang-Toledo, Ohio. S. 710—715. Drei Fälle von Klappen bzw. ballartig verschließenden Tumoren. Auseinandersetzungen über den Zusammenhang solcher mit den Geschwülsten des mittleren Lappens der Prostata.

Tripper und Verantwortlichkeit (Gonorrhea and Responsibility), von M. Silverberg-San Francisco, Cal. S. 715—718. Bei der großen Bedeutung, die der Tripper hat, ist seine Geringschätzung sehr zu verurteilen. Es werden die Gründe für die zu geringe Einschätzung aufgeführt und Wege für ein besseres Studium der Krankheit gewiesen.

Tripper — „einst und jetzt" (Gonorrhea — „as Was and as Is"), von J. G. Clem-Louisville, Ky. S. 718—720. Die Fortschritte der modernen Beurteilung, Untersuchung und Behandlung des Trippers.

Digitized by Google

„Ererbte" Syphilis: ein Überbleibsel veralteter mythischer Begriffe („Hereditary" Syphilis: A Remnant of Ancient Mythical Conception), von Ch. C. Mapes-Louisville, Ky. S. 720—722. Der Begriff einer erblichen oder vererbten Syphilis ist mit der Genese der Erkrankung nicht vereinbar, es kann nur von einer vor der Geburt erworbenen kongenitalen Syphilis gesprochen werden.

Hautkrankheiten an der Hand von Fällen (Case Histories in Dermatology), von J. Harper Blaisdell-Boston, Mass. (Fortsetzung). S. 722—724. Arzneiausschläge. Ichthyosis.

Bericht über einen Fall von multiplen benignen zystischen Epitheliomen (Report of a Case of Multiple Benign Cystic Epithelioma), von A. J. Gilmour-New York City. S. 724—725. Im Gesicht, besonders in der Gegend der rechten Naso-Labialfalte zahlreiche schrotkornähnliche, harte, gespannte, glänzende, fest in die Haut eingebettete Tumoren. Histologische Untersuchung bestätigte die Diagnose. Röntgenbehandlung.

Eine neue Spritze von Ball-Typus mit großem Fassungsvermögen (A New Bulb-Type Syringe of Large Capacity), von W. M. Brunet-Brooklyn, N. Y. S. 725. In den Glaszylinder ist ein Ball genau eingepaßt, der die gleiche Kapazität hat, so daß durch Druck auf ihn die Spritze sich fullt oder entleert. Die Spritze ist leicht mit einer Hand zu handhaben und nach Entfernen des Balles zu reinigen und zu sterilisieren.

E. Levin-Berlin.

Acta dermatologica-venereologica.

1924, Bd. 5, H. 4.

Bakteriologische und klinische Studien über Hauttuberkulose, besonders Lupus vulgaris, von W. Holland. (1. Tl., H. 3, S. 357.) S. 507—584. Die groß angelegte, sich auf zahlreiche eigene Untersuchungen stützende Arbeit beschäftigt sich zuerst mit der Frage, welche Rolle die verschiedenen Typen von Tuberkelbazillen bei der Hauttuberkulose spielen. Da in den von Holland reingezüchteten Stämmen keine Geflügel- und Kaltblütertuberkelbazillen gefunden wurden, so ist nur vom humanen und bovinen Typ die Rede. Von 79 Fällen von Hauttuberkulose und anderen tuberkulösen Leiden wurden Meerschweinchenimpfungen vorgenommen (45 Fälle Lupus vulgaris, 6 Fälle Lupus vulgaris disseminatus, 2 Fälle Bronchialdrüsen von Lupuskranken, 6 Fälle Skrofuloderma, 3 Fälle Ulcus tbc., 9 Fälle papulo-nekrotische Tuberkulide, 2 Fälle Tuberculosis cutis verrucosa). Von 51 Fällen der verschiedenen Lupusformen gelangen positive Meerschweinchenimpfungen bei 50 Fällen. Die Impfungen wurden mit Stücken aus den Randpartien oder von Stellen, wo die Lupusknoten am deutlichsten waren, vorgenommen. Dunkelfelduntersuchungen zeigten sehr lebhafte Eigenbewegung der Tuberkelbazillen. Bei ganz frischen Kulturen tritt die Eigenbewegung am meisten hervor. Die Tuberkelbazillen haben keine Zilien. In bezug auf Form und Aussehen der Bazillen herrscht große Gleichartigkeit. Bei den reingezüchteten 53 Stämmen konnte zwischen humanem und bovinem Stamm auf verschiedenen Kulturmedien kein Unterschied im Wachstum gefunden werden. Auf Grund seiner Untersuchungen schließt H., daß die Morphologie der Tuberkelbazillen ein unsicheres Zeichen dafür bietet, ob humaner oder boviner Typ vorliegt. Nur das Vorkommen von ausschließlich oder vorwiegend kurzen, plumpen Formen deutet auf bovinen Typ. Nach des Verf. Untersuchungen wird die Hauttuberkulose in Norwegen nur in 5% von bovinen Tuberkelbazillen erzeugt. Die Skrofulodermastämme erwiesen sich als humaner Typus, ebenso drei Stämme von papulo-nekrotischen Tuberkuliden. Nach H. ist die Entstehung von papulo-nekrotischen Tuberkuliden lebenden Tuberkelbazillen zuzuschreiben. Die Tuberkulinreaktion bei Lupus fiel stark aus im Gegensatz zu Lewandowskys früheren Befunden. Die Mantouxsche Reaktion ergibt nach H. sicherere Resultate als die Pirquetsche. Die meisten Lupuspatienten reagierten gleichmäßig auf aus bovinen oder humanen Tuberkelbazillen hergestellte Tuberkuline, allerdings einige stärker auf humanes, andere auf bovines Tuberkulin. Auf tuberkulindiagnostischem Wege ist nicht festzustellen, ob ein Fall von Hauttuberkulose humaner oder boviner Infektion zuzuschreiben ist. Holland hält Jadassohns Fall von primärem Inokulationslupus (1889) nicht für einen solchen. Tuberculosis verrucosa cutis ist in vielen Fällen hämatogenen Ursprungs. Inokulationshauttuberkulose kann nicht in der Weise vorkommen, daß in die Haut inokulierte Bazillen ohne weiteres eine Lupusefflo-reszenz bilden; ein spezifischer Prozeß muß stets hinzukommen. Skrofuloderma, papulo-

Digitized by Google

nekrotische Tuberkulide, Lichen scrofulosorum, multiple akute Hauttuberkulose, akute exfoliative Erythrodermien (Bruusgard) müssen nach H. als hämatogen entstanden angesehen werden; der multiple disseminierte Lupus wird ja als so entstanden anerkannt. Fälle von einzelnen Lupusefflorescenzen, bei denen längere Zeit nach ihrer Entstehung neue Ausbrüche an derselben Stelle entstehen, Lupusfälle, die nach akuten Infektionskrankheiten (besonders Masern) entstehen, sprechen für die hämatogene Entstehung der Hauttuberkulose. Von 235 Lupösen hatten 21 (= 9%) Lungentuberkulose vor ihrem Lupus gehabt oder hatten sie noch. Der Arbeit sind zahlreiche ausführliche Protokolle über sämtliche Versuchsergebnisse und Krankengeschichtsauszüge beigegeben; Verf. setzt sich in den einzelnen Abschnitten mit den bisher publizierten Ergebnissen anderer Untersucher und ihren Ansichten kritisch auseinander.

Beitrag zur Kenntnis der ätiologischen Verwandtschaft zwischen Varizellen und Herpes zoster (Contribution à nos connaissances de l'affinité étiologique entre les varicelles et l'herpès zoster), von E. Gundersen-Christiania. S. 585—602. Mitteilung von sechs Beobachtungsreihen, wo durch Ansteckung mit Varizellen Herpes zoster auftrat und umgekehrt. Die Beobachtungszeit zwischen dem Auftreten des Zoster und der Varizellen entsprach immer der Inkubationszeit der Varizellen. Das spricht mehr für einen ätiologischen Zusammenhang als für einen Zufall. Aus der Literatur werden Fälle angeführt, wo bei Kranken mit Herpes zoster sich später Varizellen zeigten. Das Virus, das Varizellen erzeugt, kann auch Zostererscheinungen verursachen, ohne daß damit gesagt sein soll, daß das immer so sein muß. Der klinische Unterschied zwischen Varizellen und Zoster kann dadurch erklärt werden, daß es sich bei den Varizellen um eine allgemeine Poliomyelitis posterior, beim Herpes um eine örtliche Erkrankung des Zentralnervensystems handelt. Varizellen brauchen nicht immer Immunität herbeizuführen. Bei einem Kind, das vor zwei Jahren an Varizellen erkrankte, trat jetzt Herpes zoster auf. Das spricht für eine partielle Immunität; zuerst kam es zur Allgemeinerkrankung, später nur zur Lokalerkrankung. Die Tatsache, daß Varizellen im allgemeinen eine Krankheit des Kindesalters und Herpes zoster eine Erkrankung der Erwachsenen ist, spricht für eine mit zunehmendem Alter erworbene partielle Immunität. Verf. führt Beobachtungen an, die seiner Ansicht nach dafür sprechen. Ausführliche Krankengeschichten.

Neue Untersuchungen über die Beziehungen zwischen Psoriasis und Thymus (Nouvelles études sur les rélations entre le psoriasis et le thymus), von K. Gawalowski. S. 603—610. Wenn nach Thymusbestrahlung die Lymphozyten der Thymus und des Blutes der großen Thorakalgefäße eine Rolle bei der Besserung der Psoriasis spielten, so müßte man das gleiche Ergebnis bei Milzbestrahlung mit gleich starken Röntgendosen erzielen. Bei drei Kranken war Milzbestrahlung ohne jeden Einfluß auf ihre Psoriasis, obwohl die Veränderung der Leukozytenformel (Anstieg der Leukozyten und Sturz der Lymphozyten) sehr groß war. Verf. ist der Ansicht, daß den Lymphozyten bei den nach der Brockschen Methode thymusbestrahlten Psoriatikern keine Bedeutung in bezug auf die Einwirkung der Krankheit zukommt. Lokalreaktion wurde bei Thymus- und Milzbestrahlung beobachtet; sie war aber schwach und führte nur zu vorübergehender Besserung. Zwischen der Funktion der Thymus und der Pigmentation der Haut erscheint Verf. eine indirekte Beziehung zu bestehen. Bei einem Fall von Vitiligo wurden nach zwei Thymusbestrahlungen ohne andere Behandlung die Vitiligoflecke weniger deutlich und pigmentierten sich sogar stellenweise. Verf. benutzt für die Bestrahlung eine Müllerröhre bei 28 cm Funkenstrecke und gibt 5 H. bei 4 mm Aluminium. Bei 22 Psoriatikern bestrahlte Gawalowsky die Thymus. Bei 4 Fällen keine Verminderung der Lymphozyten, bei 18 Fällen Abnahme. Leukozytenanstieg bei 12 Kranken. Bei Milzbestrahlung wurde bei drei Fällen Zunahme der Monozyten festgestellt.

Zwei Fälle von intravenösen Arsolinjektionen (russisches Arsenobenzol) in saurer konzentrierter Lösung (Deux cas d'injections intraveineuses d'arsol [arsénobenzol russe] en solution acide concentrée), von G. Mestchersky. S. 611—620. Aus Versehen wurde bei zwei syphilitischen Patientinnen Arsol in saurer konzentrierter Lösung injiziert. Alsbald zeigten sich Symptome von Lungenembolie, am folgenden Tag auch Phlebitis der Venen im infizierten Bezirk des Armes. Die Erscheinungen glichen denen, die nach Injektion einer unlöslichen Quecksilberverbindung in die Blutbahn auftreten. Nach einiger Zeit Genesung. Besprechung der in der Literatur mitgeteilten Fälle, bei denen „606" nur teilweise aufgelöst injiziert wurde.

Ein Fall von Lichen ruber planus annulatus, von P. Pirilä-Helsingfors. S. 617 bis 620. Fall von Lichen ruber planus annulatus, bei dem am linken Unterarm, an der Bauchhaut und an der Seite des Rumpfes die Knötchen stellenweise zu kreisförmigen

Digitized by Google

Figuren von 6—10 mm im Durchmesser gruppiert sind. Nach Sublimat-Karbolsalbe und Einnahme asiatischer Pillen Verschwinden des Lichen nach zwei Monaten. Zwei Abbildungen.

Ein Fall von Arthritis syphilitica (simplex) polyarticularis und Tendovaginitis syphilitica (simplex), von P. Pirilä-Helsingfors. S. 621—627. Mitteilung eines Falles von Arthritis syphilitica des rechten Hüft-, rechten Schulter- und linken Handgelenkes und Entzündung der Extensoren der Finger der linken Hand, besonders der Sehnenscheiden der Finger 2, 3, 4 (Tendovaginitis syphilitica). Blennorrhoische Gelenkerkrankung konnte bestimmt ausgeschlossen werden, ebenso Polyarthritis rheumatica. Die Gelenkerkrankung trat zu einer Zeit auf, wo sonst die Sekundärsymptome der Syphilis sich zeigen. Völliger Rückgang der Gelenkentzündungen auf Hg-Behandlung und nach längerer Zeit auch Verschwinden der Sehnenscheidenentzündung. Besprechung der zugehörigen Literatur. A. Holländer-Hamburg.

Venerologia und Dermatologia.

1924, Nr. 6.

Zur Frage der Unschädlichmachung des Neosalvarsans durch Serum, von Grshebin und Lipskerow. Die experimentellen Versuche der Autoren ergaben folgendes: Die verträgliche Maximaldosis beträgt bei Kaninchen für das Neosalvarsan im Serum 0,35. in Wasser 0,3 pro Kilogramm Gewicht. Die Unschädlichmachung des Neosalvarsans im Serum ist nicht analog der von Kritschewski gefundenen Unschädlichmachung des alten Salvarsans im Serum, besonders in saurer Lösung. Die Wirkung des Neosalvarsans im Serum auf die syphilitischen Hauterscheinungen beim Menschen unterscheidet sich nicht von derjenigen des Neosalvarsans in Wasser, obgleich die Dosis des ersteren die gewöhnliche übersteigt. Die Spirochäten verschwinden bei Anwendung von Neosalvarsan im Serum fast ebenso wie bei derjenigen von Neosalvarsan in Wasser. Der Einfluß des Neosalvarsans im Serum auf die Seroreaktion ist geringer als derjenige bei kombinierter spezifischer Behandlung. Hinsichtlich der Häufigkeit und Intensität der Nebenerscheinungen hat das Neosalvarsan im Serum einige Vorzüge.

Ein Beitrag zur Frage der Parapsoriasis, von S. Pawlow. Die vom Verf. beschriebenen Fälle boten folgende Besonderheiten: Entgegen der Annahme von Brocq kann auch die Haut des Gesichts, der Handflächen und Fußsohlen betroffen werden. Von noch größerem Interesse war in einem Fall die Mitbeteiligung der Schleimhaut der Wangen. Hinsichtlich der Ätiologie schienen die beschriebenen Fälle im Zusammenhang zu stehen mit gestörtem Nervensystem, aber die Beweise dafür konnten nicht erbracht werden; jedenfalls sprach nichts für einen Zusammenhang mit Tuberkulose, wie Civatte meint.

Über chronische blennorrhoische Cowperitis, von N. Smirnow und Schischow. Die Erkrankung der Cowperschen Drüsen ist eine der häufigsten Ursachen der verschleppten Blennorrhoe. Sie kommt in 12,2% vor. Die chronische Cowperitis läßt sich am besten palpatorisch diagnostizieren bei kombinierter Untersuchung vom Mastdarm und vom Perineum aus. In einigen Fällen ist die Methode von Perutz zur Diagnose anwendbar. Die bekannten Behandlungsmethoden führen nicht immer zum Ziel.

Eosinophilie bei Blennorrhoe, von Owtschinnikow. Eine dauernde Eosinophilie im Sekret dient als wichtiges diagnostisches Hilfsmittel in Fällen von chronischer Blennorrhoe bei fehlenden Gonokokken. Im akuten Stadium erscheint die Eosinophilie im Blut häufig früher als im Ausfluß. In sehr schweren Fällen von Blennorrhoe kann die Eosinophilie sowohl im Blut als auch im Sekret fehlen. Am deutlichsten ist die Eosinophilie im Sekret in der 3.—6. Woche ausgesprochen. Bei Komplikationen (Epididymitis, Prostatitis, Metritis, Paraurethritis, Bartholinitis) blennorrhoischer Natur gehört die Eosinophilie im Sekret zur Regel, und nicht selten wird sie auch im Blut beobachtet. Die Eosinophilie ist anscheinend eine Reaktion auf Gonotoxin und hängt als solche von dem Vorhandensein des toxischen Gonokokkus ab. Die Eosinophilie bildet somit ein charakteristisches Zeichen für gewisse blennorrhoische Zustände. Eine geringe Eosinophilie kann auch von anderen Bakterien herrühren.

Über die Bekämpfung der Prostitution in Sowjetrußland, von Bronner.

Zur Organisation der venerologischen Hilfe im Gouvernement, von Rudnitzki.

Jahresbericht aus dem Saratower Venerologischen Dispanser, von Okunn.

Digitized by Google

Die Bedeutung des Dispansers für die Bekämpfung der Lues, von Gitmann. In der Zeit vom Nov. 1923 bis 15. Mai 1924 wurden 1065 Schwangere serologisch untersucht: 993 Frauen hatten negative WR, wobei 10 Frauen zugaben, Lues gehabt zu haben, aber sich gut behandelt hatten; 41 Frauen hatten eine schwache WR, 35 eine stark positive WR, 25 eine unbestimmte WR (+).

Zur Frage der Methode der sanitär aufklärenden Arbeit, von Wein.

Ergebnisse einer Umfrage in bezug auf das geschlechtliche Leben, von Golosowker. Die Umfrage wurde unter den Zöglingen höherer Militärschulen angestellt und von 80% beantwortet: 45,6% gaben an, onaniert zu haben, und zwar begannen zu onanieren unter dem 12. Lebensjahre 31%, zwischen dem 12. und 15. Lebensjahre 33,8%, zwischen dem 15. und 18. Lebensjahre 22,8%, nach dem 18. Lebensjahre 5,4%. Es hörten damit auf vor dem 16. Lebensjahre 16,4%, im 16. Lebensjahre 17,1%, im 17. Lebensjahre 6,5%, im 18. Lebensjahre 11,8%, im 19. Lebensjahre 12%, im 20. Lebensjahre und später 36,1%. Geschlechtsverkehr hatten: 83,7%, und zwar bereits vor dem 14. Lebensjahre 6,7%, seit dem 14. Lebensjahre 6%, seit dem 15. Lebensjahre 40,9%, seit dem 16. Lebensjahre 17,2%, seit dem 17. Lebensjahre 21,3%, seit dem 18. Lebensjahre 18.3%, nach dem 18. Lebensjahre 19,6%. Es begannen somit bis zum 19. Lebensjahre 80,4% den Geschlechtsverkehr auszuüben. Venerische Krankheiten wurden von nur wenigen angegeben: 40 Fälle von Tripper, 6 von Syphilis, 12 von Ulcus molle, das macht 9% aller derjenigen, welche Geschlechtsverkehr hatten.

Maßregeln zur Prophylaxe der Blennorrhoe in den Kinderheimen, von Mammot.

A. Jordan-Moskau.

The British Journal of Dermatology and Syphilis.

1925, Bd. 37, Nr. 1.

Urticaria pigmentosa bei Erwachsenen (Urticaria Pigmentosa in Adults), von M. G. Hannay. S. 1. Verf. hält es für nötig, auf Grund eigener Beobachtungen die allgemein bestehende Ansicht, die Urticaria pigmentosa im Kindesalter sei von jener der Erwachsenen verschieden, einer Revision zu unterziehen und kommt zu dem Schluß, daß die bei Erwachsenen gewöhnlich beobachteten klinischen Erscheinungen häufig auch bei Kindern gesehen werden, wenn auch ein gewisser Typus der kindlichen Urticaria pigmentosa bei Erwachsenen selten ist und man nicht von einem für Erwachsene charakteristischen Typus sprechen kann. Von 286 Fällen der Urticaria pigmentosa, die in der Literatur zusammengestellt sind, war der Beginn bei 192 im ersten Lebensjahre, also in der überwiegenden Mehrzahl der Fälle; von 5—20 Jahren waren es 43, von 20—30 Jahren 22 und nach dem 30. Lebensjahre 29 Fälle. Mastzellen können regelmäßig bei Kinderfällen vorhanden sein, aber es kann nicht behauptet werden, daß das Fehlen von Mastzellen vom Alter des Pat., dem Beginn oder dem Alter des Hautleidens abhängig sei. Mastzellenfreie Fälle können klinisch von den anderen nicht unterschieden werden, welches auch der Grad der Urtikaria-Reaktion oder Sitz, Farbe oder Typus der Hautaffektionen sein mag. Die drei Fälle eigener Beobachtung werden nebst histologischem Befund genau beschrieben.

Granulom der Leistengegend: eine Reihe von einige Punkte bezüglich Prognose und Therapie beleuchtenden Fällen (Granuloma Inguinale: Including a Series of Cases Illustrating Some Points in Prognosis and Treatment), von R. Fraser. S. 14. Granuloma inguinale ist eine chronische, granulomatöse Affektion, welche das subkutane Gewebe der Leisten- und Schamgegend und des Perineums befällt; es hat auch den Namen „serpiginöse Ulzeration der Geschlechtsteile", „ulcerierendes Granuloma" und anderes mehr. Es kommt hauptsächlich bei den farbigen Völkern von Südafrika vor, befällt aber zuweilen auch Weiße, gleicherweise beide Geschlechter nach der Pubertät und sehr selten ältere Leute. Die Art der Übertragung ist unbekannt. Es ist ein chronisches Leiden, das den Allgemeinzustand nicht ernstlich beeinträchtigt. Die erste Veränderung ist eine Papel, welche dann an Größe zunimmt, rauh und gerötet wird, aufbricht und geschwürig wird; es entstehen neue Papeln, welche konfluieren und zu einem oberflächlichen Geschwür werden. Die Ausdehnung vollzieht sich nur auf Haut oder Schleimhaut und subkutanem Gewebe. Wenn der Penis der Sitz des Leidens ist, so führt es allmählich zu dessen völliger Zerstörung. Ätiologisch konnte noch kein Pilz oder Bakterium mit Sicherheit festgestellt werden. Komplette Spontanheilung kommt niemals vor. Von den 18 vom Verf. beobachteten Fällen, Pat. im Alter von 20 bis

Digitized by Google

58 Jahren betreffend, wurden 16 mit Tartarus stibiatus, und zwar intravenös behandelt; 6 der Fälle kamen zu völliger, zuweilen sehr rasch eintretender Heilung. Arsenikpräparate haben geringen oder gar keinen Einfluß auf die Affektion, obwohl in einem Falle Sulfarsenol Besserung bewirkte. Quecksilber, Jod, Intramin und anderes mehr sind ohne Einfluß, ebensowenig Kürettement, Kauterisation, Exzision oder Strahlenbehandlung; Antimon scheint das einzig wirksame Mittel zu sein.

Ein Fall von diabetischem Xanthom mit einem Schwefelderivat von Histidin (Thio-amino-methyl-Glyoxalin) behandelt (A Case of Xanthoma Diabeticorum Treated with a Sulphur Derivative of Histidine [2-Thio-4 (or 5)-Amino-Methyl-Glyoxaline), von McDonagh. S. 30. Es handelte sich um einen 41jähr. Pat., der Xanthomflecke zuerst an den Ellbogen, dann an den Armen und dem ganzen Stamm aufwies. Zuckergehalt des Blutes 0,28 g, des Urins viel höher (Zahlen nicht angegeben, Ref.). Pat. erhielt in entsprechenden Pausen (von 10—14 Tagen) dreimal je vier intramuskuläre Einspritzungen von 2-Thio-4 (oder 5)-Aminomethylglyoxalin in steigender Dosis (von 0,0005—0,004 g). Ein Teil der Xanthompapeln trockneten und fielen ab, pigmentierte Stellen zurücklassend; ein anderer Teil wurde weniger gelb. Der Eiweißgehalt des Urins nahm anfangs zu, dann wurde er immer geringer, bis er verschwand, ebenso der Zuckergehalt; Blutzucker schließlich 0,162 g. Verf. berichtet über diesen Fall, nicht weil er glaubt, daß obiges Schwefelpräparat irgendwie mit Insulin konkurieren konnte, sondern weil die Besserung in diesem und ähnlichen Fällen seine Ansicht bekräftigt, daß Insulin wahrscheinlich ein Aminosäure-Histidinderivat ist. Diabetes ist nicht eine eigentliche Krankheit, sondern ein Zustand, bei welchem als Folge chronischer Intoxikation die Proteinkörper nicht umgewandelt (zersetzt) werden. Die Proteinkörper im Plasma sind von komplizierter Zusammensetzung, d. h. außer Protein Zucker, Fett und andere Körper enthaltend. Zu weiterer Stütze der Ansicht, Diabetes sei keine spezifische Krankheit, dient die Tatsache, daß in Fällen von diabetischem Xanthom eher die Ausnahme als die Regel ist, irgend welche mikroskopischen Veränderungen im Pankreas post mortem zu finden, ja sogar in Fällen von echtem Diabetes die Langerhansschen Inselzellen intakt bleiben können. Thioamino-methyl-glyoxalin verhält sich, wenn auf kurze Zeit verordnet, wie Insulin, d. h. beide binden an die Proteinkörper jene Substanzen, die ihnen verloren gegangen sind; kurz, Insulin und in weniger hohem Maße die synthetischen Thioderivate von Histidin sind imstande, das „Proteingebäude" wieder aufzubauen. Schließlich erklärte Verf., Insulin sei keine spezifische Substanz, da es aus irgend einem Gewebe im Körper hergestellt werden kann.

Behandlung der Psoriasis mit intravenösen Injektionen von Natr. salicylicum (The Treatment of Psoriasis by Intravenous Injections of Salicylate of Soda), von J. F. Smith-Glasgow. S. 33. Verf. berichtet über 57 Fälle von Psoriasis, die mit einer 20%igen Lösung von Natr. salicylicum (in Dosen von 10—12 ccm je 2—3mal wöchentlich) behandelt worden sind. Unter den Fällen waren alle Arten von den leichtesten bis zu den schwersten; lokale Behandlung fand während der Kur nicht statt. In 8 (= 16%) Fällen trat völliges Verschwinden, in 9 (= 18%) nahezu völliges Verschwinden der Eruption und 7 (= 14%) bedeutende Besserung ein. Von Komplikationen war erwähnenswert in 3 Fällen (= 6%) intensive Dermatitis exfoliativa — immerhin ist unsicher, ob sie direkt durch die Behandlung verursacht war. Verschiedene schwere Fälle, einschließlich eines Falles, der einer großen Anzahl anderer Mittel Widerstand geleistet hatte, wurden durch die Salizyleinspritzungen gebessert, so daß dieselben bei ausgesucht schweren Fällen des Versuches wert sind, zumal in Verbindung mit äußeren Mitteln. Bezüglich der Verhütung von Rückfällen hat der Verf. noch keine Erfahrung.

M. Stern-München.

Russki Westnik Dermatologii.

1925, Bd. 3, Nr. 1.

Ein Fall von Sklerodermie mit fleckweiser Atrophie und Kalkablagerungen in der Haut, von A. Akobdtschanjanz. Sklerodaktylie mit Übergang in Atrophie an den Fingern, Sclerodermie en bandes der oberen Extremitäten, dabei Atrophia cutis maculosa in Kalkablagerungen in der Haut in Gestalt teils isolierter, teils konfluierter Kultur bei einem 20jähr. Mädchen. Zeichen von Atrophie der Schilddrüse und Infantilismus, Fehlen der Haare in den Achselhöhlen und auf dem Mons veneris, Kleinheit der Geschlechtsorgane. Anscheinende Ursachen der Krankheit: Störungen von seiten der endokrinen Drüsen.

Digitized by Google

Dermatitis reticularis, von Tschvanoff. Die Entstehung der Dermatitis reticularis oder livedo racemosa wird in den vier beschriebenen und histologisch untersuchten Fällen aus der Klinik von Prof. Tyshnenko in Kiew auf längere und intensive Anwendung von Hitze zurückgeführt. Sympathiko- und Vagotonie scheinen begünstigend einzuwirken.

Zur Diagnostik der syphilitischen Affektionen des Magens und des Darmes, von J. Korkhoff. Auf Grund seiner Erfahrungen an der chirurgischen Klinik von Prof. Trinkler in Charkow kommt Verf. zu folgenden Schlüssen in Hinsicht der Diagnostik der syphilitischen Magen-Darmaffektionen: 1. Die Probelaparatomie erlaubt in vielen Fällen die Diagnose vor Auftreten tiefer narbiger Veränderungen zu stellen; 2. die Röntgenstrahlen dagegen weisen nur auf das Vorhandensein anatomischer Veränderungen hin, 3. die WR ist oft negativ; 4. bei Vorhandensein syphilitischer Veränderungen im Magen und Darm ist die konservative Behandlung der radikalen Operation vorzuziehen; 5. in der präoperativen Periode muß eine spezifische Kur vorgenommen werden; 6. die Heilung der Wunden geht gut vor sich.

Einige Hinweise über die Prognose des Trippers beim Manne, von Mestchersky. In bezug auf den so verschiedenen Verlauf des Trippers trotz guter und zuweilen bei schlechter Behandlung weist Verf. auf die Bedeutung des verschiedenen anatomischen Baues der Urethra (bald mehr, bald weniger Morgagnische Lakunen und Littrésche Drüsen) wie der Vorhaut und der präputialen Gänge hin, ferner auf die verschiedene Wirkung der Gonokokken auf die Schleimhaut, weniger auf die verschiedene Virulenz der Gonokokken, auf das Alter der Kranken, auf bestehende Obstipation und vorhergegangene Onanie.

Terpentinölinjektionen bei einigen Hautkrankheiten und bei Tripperkomplikationen, von Lauda. Gute Erfolge wurden erzielt mit der Klingmüllerschen Methode bei Idrosadenitis suppurativa, Lymphangitis und Lymphadenitis staphylo- und streptococcica wie bei Furunkulosis und Follikulitis. Ferner bei Epididymitis blennorrhoica und paraurethralen Infiltraten.

Die Behandlung der Syphilis mit salizylsaurem Wismut, von J. Lipkin. Das 10%ige salizylsaure Wismut in Paraffinöl steht in seiner Wirkung den übrigen Wismutpräparaten, besonders dem Wismuttartrat nicht nach und hat vor denselben den großen Vorzug, daß es die Nieren weniger reizt, leicht erhältlich ist und zu einer Kur bei Erwachsenen nur 25 tägliche Einspritzungen zu 1,0 gehören.

Ein Fall von fixem Exanthem nach Einnahme von salizylsaurem Natrium, von Klotschkow. Bei einer 35jähr. Studentin der Medizin wiederholte sich dreimal nach Gebrauch von salizylsaurem Natron ein Erythema exsudativum multiforme immer an denselben Stellen.

Lichen ruber planus bei einem sechsmonatigen Kinde, von W. Balicka. Bemerkenswert ist das Auftreten in einem so frühen Alter.

Die spontane Spirochätose bei Kaninchen, von Retchmensky und N. Pawloff. Auf Grund eigener sehr genau durchgeführter Versuche mit der Spirochaeta cuniculi kamen die Verff. zu dem Schluß, daß die spontane Spirochätose sich klinisch wie pathologisch-anatomisch von der experimentellen mit Spirochaeta pallida deutlich unterscheidet.

A. Jordan-Moskau.

Bücherbesprechungen.

Hautkrankheiten (Diseases of the Skin), von J. M. H. Macleod-London. (1307 S. £ 2.10/-. Verlag H. K. Lewis, London 1920.) Das für den Bedarf von Studenten und für die ärztliche Praxis geschriebene Werk kann als vollkommen zweckentsprechend bezeichnet werden. Auch der deutsche Leser wird, falls er wenigstens über ein gewisses Maß von Kenntnissen des Englischen verfügt, gerne dasselbe, besonders wegen des Abschnittes über tropische Hautleiden, zur Hand nehmen, denn das Werk ist übersichtlich und leicht faßlich geschrieben und mit zahlreichen, meistens vorzüglichen Illustrationen (im ganzen 458, davon 23 farbige) ausgestattet. Bei der Gruppierung des Stoffes hat Verf. in glücklicher Weise hauptsächlich die Ätiologie als Einteilungsprinzip berücksichtigt.

A. Philippi-Bad Salzschlirf.

Bibliographie der Haut- und Geschlechtskrankheiten sowie deren Grenzgebiete für das Jahr 1921, herausgegeben von O. Sprinz. (502 S., Verlag Julius Springer, Berlin 1923.)

Digitized by Google

Jahresbericht über Haut- und Geschlechtskrankheiten sowie deren Grenzgebiete. Zugleich bibliographisches Jahresregister des Zentralblattes für Haut- und Geschlechtskrankheiten sowie deren Grenzgebiete, herausgegeben von O. Sprinz. (Zweiter Band, 535 S. Bericht über das Jahr 1922. Verlag Julius Springer, Berlin 1924.) In zwei stattlichen Bänden liegen die Berichte für die Jahre 1921 und 1922 vor, die im wesentlichen ein Jahresregister des Zentralblattes für Haut- und Geschlechtskrankheiten darstellen, aber auch noch weitere, in diesem nicht referierte Arbeiten enthalten. Das das berichtete Gebiet interessierende Material dürfte so vollständig, wie es überhaupt bei der großen Zersplitterung und den immer noch nicht ganz überwundenen Schwierigkeiten, es restlos zu erhalten, möglich ist, in den Bänden zu finden sein, und es wird damit dem Forscher eine wertvolle Handhabe für seine Arbeiten geboten, wie sie bisher nicht vorhanden war. Zu bedauern bleibt nur, daß es nicht möglich zu sein scheint, diese zusammenfassenden Berichte schon früher nach Abschluß des Berichtsjahres herauszubringen. Was die Einteilung des Stoffes anbetrifft, so werden in der Dermatologie, die auf eine ideale Klassifizierung bisher noch wartet, immer Schwierigkeiten bestehen. Da ein alphabetisches Autoren- und Sachregister beigegeben ist, dürfte jede Arbeit sowie das Material über einen bestimmten Gegenstand leicht zu finden sein. Über Einzelheiten der Anordnung läßt sich natürlich streiten; so hätte vielleicht der Abschnitt Tuberkulosebehandlung unter Therapie der Hautkrankheiten fortfallen können, da hier ja der Gesichtspunkt der Methode, nicht der des Krankheitsprozesses maßgebend ist und die Behandlung der Hauttuberkulose doch noch einen besonderen Abschnitt erfordert. Ebenso erscheint die Zerreißung der Prostitutionsliteratur unter Prophylaxe der Geschlechtskrankheiten und unter Sexualwissenschaftliches unnötig und die Übersichtlichkeit störend. Es zeigen sich hier die Gefahren einer zu weit gehenden Spezialisierung des Stoffes. Doch sind das Kleinigkeiten, die den großen Wert der Berichte nicht im geringsten beeinträchtigen können, und es gebührt dem Herausgeber für die unendliche Mühe der Zusammenstellung und dem Verlage für die gewohnte würdige Ausstattung vollster Dank, mit dem Wunsche, weitere Bände bald folgen zu sehen.

E. Levin-Berlin.

Atlas der Hautkrankheiten, von G. Riehl und Leo v. Zumbusch. (II. und III. Teil. Verlag F. C. W. Vogel, Leipzig 1925.) Ebenbürtig schließt sich die neue Folge dem ersten Teile an, auch ist sie ausgeführt in jener Technik, die in jetziger Zeit auf dem Gebiete medizinischer Atlanten eine Neuheit bedeutet. Die frühere Darstellungsmöglichkeit nach gemalten Bildern, die im Hebraschen Atlas eine beachtenswerte Höhe erreichte, war kostspielig und mit den Fehlern jeder menschlichen Kunstfertigkeit behaftet. Ein nicht zu verkennender Fortschritt waren die in den beiden letzten Dezennien beliebten Dreifarbendrucke nach Moulagen, aber sie gaben die künstliche Färbung einer toten Plastik wieder, die den natürlichen Verhältnissen keineswegs gleichkam. Dagegen bringt das Uvachromverfahren eine ganz genaue Wiedergabe farbiger Aufnahmen vom lebendigen Material; jetzt erst erkennt man, daß Ton und Lage der Farbe sowie Licht und Schatten der Form in jenem Verhältnisse stehen, welches allein den richtigen Schluß vom Bilde auf die Wirklichkeit gestattet. Neben der Technik bestrickt der Inhalt des Gebotenen. Hebra hatte schon zu seiner Zeit die Absicht, ausgesprochen schöne Fälle seiner Klinik für Mit- und Nachwelt im Bilde zu erhalten; aber sein Atlas blieb aus den oben erwähnten Gründen bei einem beschränkten Anfange. Dieser des Altmeisters würdige Plan ist in dem von den Verff. geschaffenen Werke in großzügiger Weise Wirklichkeit geworden. In ihm finden sich alle wichtigen Hautkrankheiten in klassischer Reinheit und in sorgsam ausgewählten, ihre besonderen Eigenschaften kennzeichnenden Beispielen. Wie sich im ersten Teile die infektiösen, so folgen einander im zweiten die entzündlichen (toxischen) Krankheiten und im dritten die Atrophien, Neubildungen und Hypertrophien der Haut in sinnvoll gewählter Ordnung. Die Bedeutung dieses Werkes für Lern- und Lehrzwecke ist selbstverständlich, aber selbst der Arzt, für den dieser Grund nicht maßgeblich ist, sollte sich nicht um den Genuß bringen, welchen die Betrachtung des im Atlas enthaltenen prächtigen Materiales gewährt. E. Vörner-Leipzig.

Die Geschlechtskrankheiten und ihre Bekämpfung, von F. W. Oelze und M. Oelze-Rheinboldt. (Verlag Deutsche Lichtbild-Ges. Berlin.) In vortrefflicher Weise haben die beiden Verff. ein Buch zusammengestellt, das zur Ergänzung des bekannten von ihnen gleichzeitig bearbeiteten Filmbandes „Die Geschlechtskrankheiten und ihre Bekämpfung" dienen soll. Sie geben in diesem Buch zunächst eine vorzügliche Übersicht über den Bau der Geschlechtsorgane des Menschen, gehen dann auf diese Leiden selbst ein und besprechen sie in so gemeinverständlicher, leicht faßlicher Weise, daß

Digitized by Google

jeder Laie sich besonders noch an Hand der ausgezeichneten bildlichen Darstellungen sofort klar orientieren kann. Sie geben ferner eine Schilderung des Wesens, des Beginnes, des Verlaufes dieser Krankheiten; sie schildern auch in kurzen Zügen die Art der Verhütung, besprechen den Kampf, den die Gesellschaft zur Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten seit Jahren führt, erläutern die reichsgesetzlichen Bestimmungen und weisen vor allen Dingen darauf hin, daß einzig und allein nur der fachmäßig ausgebildete Arzt in der Lage ist, diese Leiden rechtzeitig zu erkennen und zu heilen.

B. Nadel-Danzig.

Mitteilungen aus der Literatur.

Tuberkulose.

Untersuchungen über das Wesen des Tuberkulins, von R. Bieling-Frankfurt a. M. (Zbl. f. Bakt., 1924, Bd. 93, H. 1/4, S. 56.) Verf. demonstriert ein chemisch weitgehend gereinigtes, hochwirksames Tuberkulin, das in alkoholischer Lösung haltbar und dialysabel ist. Es enthält keinerlei Partikel von organisiertem Bakterienprotoplasma, absolut kein Eiweiß, keine Albumosen und Peptone. Die Biuret- und Ninhydrinprobe sind negativ. Die chemische Struktur der Substanz ist unbekannt. Verf. glaubt, daß trotz weitgehendster Reinigung immer noch sog. Trägersubstanzen vorhanden sind. Letztere bedingen die Unterschiede in der Stärke der Reaktion bei den verschiedenen im Handel befindlichen Tuberkulinen. Die demonstrierte Substanz kann sowohl aus Alttuberkulin als auch aus den Bazillenleibern selbst gewonnen werden. Sie unterscheidet sich von den Tuberkulinen des Handels dadurch, daß sie zahlreiche unspezifische biologische Reaktionen im Gegensatz zu diesen nicht auslöst. Der biologische Effekt des Tuberkulins ist unspezifisch. Spezifisch ist, daß der Reizkörper nur beim tuberkulösen Tier Erscheinungen als Folge einer Allergie hervorruft. F. Harry-Wiesbaden.

Tuberkulose-Schutzimpfung mit abgetöteten Tuberkelbazillen, von H. Langer Kaiserin-Auguste-Viktoria-Haus Berlin. (Kl. W., 1924, Nr. 43, S. 1944.) Gestützt auf ausgedehnte Versuche am Meerschweinchen, ist es dem Verf. zum ersten Male gelungen, durch abgetötete Tuberkelbazillen beim Menschen eine künstliche Sensibilisierung hervorzurufen. Damit hat er die Möglichkeit einer Schutzimpfung gefährdeter Personen, insbesondere von Säuglingen in tuberkulösen Familien eröffnet. Zunächst konnte Verf. an seinen Meerschweinchenversuchen nachweisen, daß Tiere, die er mit einem aus abgetöteten Tuberkelbazillen bestehenden Impfstoff impfte, genau so tuberkulinempfindlich wurden wie solche Tiere, die mit lebenden Bazillen tuberkulös gemacht waren. Die entstandene Allergie war echt und vollständig der eines tuberkulösen Organismus entsprechend, so daß auch durch nachträgliche Alttuberkulininjektionen die Allergie gesteigert werden konnte. Durch diese Sensibilisierung mit den abgetöteten Tuberkelbazillen konnte Verf. bei richtiger Verwendung und Anordnung der Versuche beim Tier eine Schutzwirkung gegen eine weitere echte Infektion erwecken. Nach diesen Vorversuchen unternahm Verf. Impfungen an nichttuberkulösen Säuglingen mit seinem Impfstoff 147. Es gelang ihm, durch intrakutane einmalige Injektion des Impfstoffes eine viele Monate anhaltende Tuberkulinempfindlichkeit zu wecken. Die Wirkung der Schutzimpfung hält nach den Versuchen des Verf. etwa ein halbes Jahr an, kann aber durch nachträgliche Tuberkulinbehandlung noch gesteigert werden. Auf diese Weise könnte man aber wenigstens in der ersten besonders gefährlichen Zeit Säuglinge in tuberkulösen Familien gegen die Infektion schützen. Der Erfolg dieser Versuche und ihre Ausdehnung auf ein noch viel umfassenderes Material müssen bei der unter Umständen für das Volkswohl enormen Bedeutung in großem Maßstabe nachgeprüft werden und können erst im Laufe von Jahren an Hand großer Statistiken erweisen, ob sich an die ausgesprochene Hoffnung des Verf., eine vorübergehende Schutzimpfung gegen Tuberkulose gefunden zu haben, auch die sicheren Erfolge knüpfen. E. Langer-Berlin.

Über Angiokeratoma-Mibelli (Sull'angiocheratoma del Mibelli). von U. Tomasone-Neapel. (Riforma med., 1924, Nr. 45.) Verf. beschreibt einen klinisch-histologisch typischen Fall von Angiokeratoma Mibelli bei einem an Lungentuberkulose und Lupus leidenden Individuum und gelangt zu folgenden Schlüssen: 1. daß sein Fall zeige,

Digitized by Google

daß das A.-M. eher auf einen krankhaften Zustand der Hautgefäße zu beziehen sei als auf die Pernionen, und daß jener Zustand zuerst die Dilatation und dann die Hyperämie hervorrufe; 2. diese Prädisposition steht wahrscheinlich in Beziehung zu einer toxischen Ursache, welche oft in Tuberkulose bestehe; 3. die histologischen und bakteriologischen Untersuchungen ergaben im speziellen Falle nicht mit Sicherheit einen tuberkulösen Befund; 4. immerhin kann man vorläufig die Dermatose zu den Tuberkuliden zählen. E. Freund-Triest.

Ein Beitrag zur Kasuistik des Erythema nodosum, von A. Aroson (Tuberkulosenkrkhs. Sandträsk. (Acta Med. Scandinavica, 1924, Bd. 61, H. 1, S. 42.) Bei einer 20jährigen Patientin, die wegen Tuberkuloseverdacht Aufnahme in der Heilstätte fand, trat 6 Wochen nach erfolgter Aufnahme unter Fieber ein Erythema nodosum auf. Die Pat. bot bei der Aufnahme keine Anzeichen einer tuberkulösen Infektion, auch war der zweimal ausgeführte Pirquet negativ. Ein neuerlicher, während der Erkrankung angestellter Pirquet fiel dagegen stark positiv aus, desgleichen eine etliche Wochen später ausgeführte Reaktion. Pat., die während der ganzen Zeit neben einer schwer tuberkulösen Patientin gelegen hatte, zeigte im Laufe der Erythema-nodosum-Erkrankung röntgenologisch einen beträchtlich größeren und dichteren Hilusschatten als bei der anfangs angestellten Untersuchung. Verf. sieht seinen Fall als eine Stütze der Auffassung an, daß das Erythema nodosum eine Form der Tuberkulose ist und daß sie ein Initialsymptom derselben sein kann. B. Peiser-Berlin.

Ostitis tuberculosa multiplex cystica, von Schmid-Leysin. (Schweiz. m. W., 1924, Nr. 35, S. 793—794.) Bei der bisweilen mit Lupus pernio kombinierten Erkrankung handelt es sich um eine klinisch und röntgenologisch scharf charakterisierte Form der Knochentuberkulose, die dann zu entstehen scheint, wenn es sich um ganz abgeschwächte Erreger handelt. Der vorgestellte Fall, der mit tuberkulösen Drüsen begann, zeigt die typische lange Dauer des Verlaufes. Beginn der Knochenerkrankung mit Schwellung des rechten Daumens, bläulicher Verfärbung und Schmerzhaftigkeit, Fortschreiten kleinfingerwärts, Überspringen auf die linke Hand und dann auf die Zehen. Später atrophische Veränderungen der Nägel, lupöse Veränderungen an Wangen, Hals und Nase. E. Levin-Berlin.

Beitrag zur Pathologie des Erythema induratum Bazin, von O. Sachs. (W. m. W., 1924, Nr. 47, S. 2506.) Verf. beschreibt zwei Fälle von Erythema induratum Bazin, von denen der erste bei einer tuberkulösen Frau vorkam und besonders interessant dadurch war, daß er in der Umgebung des Erythema induratum lupusähnliche Knötchen aufwies. In dem zweiten Falle handelte es sich um eine Frau, bei der eine Lues latens mit positiver WR mit einem Erythema induratum Bazin kombiniert war und auf die Abheilung desselben die für Tuberkulose nicht spezifische Therapie von Hg und Neosalvarsan günstig einwirkte, während vorher das Leiden mit Arsen und Lebertran nicht beeinflußt werden konnte. Eine ev. Verwechslung mit Gummata weist Verf. von vornherein zurück. E. Langer-Berlin.

Chloramin-Heyden zur Behandlung der Hauttuberkulose, von H. Martenstein, Derm. Kl. Univ. Breslau. (Kl. W., 1924, Nr. 42, S. 1912.) Nach einer genügenden Vorbehandlung mit die Borken erweichender Salizylvaseline hat Verf. zur Behandlung von Lupusherden einen gesättigten Chloraminbrei benutzt, der in der üblichen Weise appliziert wurde. Es war dabei bei täglichem Verbandwechsel notwendig, 3—6 Tage, je nach der Ausdehnung des Lupusherdes, zu behandeln. Die Nachbehandlung geschah in der üblichen Weise mit granulationsanregenden Salben. Auch hier besteht wie bei der vom Verf. früher veröffentlichten Kochsalzbreimethode der Nachteil der großen Schmerzhaftigkeit, die allerdings bei dem Chloraminbrei etwas geringer ist: ein Teil der Fälle zeigt während und auch noch nach der Behandlung Temperatursteigerungen. Beachtenswert ist auch, daß man nur kleinere Herde behandeln kann, da bei größeren leicht Nervenreizungen entstehen, daher ist diese Therapie auch bei Nephritis kontraindiziert. In allen Behandlungsfällen ist genaue fortlaufende Urinkontrolle notwendig. Dafür besteht der Vorteil, daß die Anwendungszeit wesentlich kürzer als bei den anderen Methoden ist, und daß die Narben kosmetisch sehr gut ausfallen. Besonders geeignet ist die Methode für den planen squamösen Lupus, der sonst der Behandlung schlecht zugänglich zu sein pflegt. Im übrigen entsprechen die Resultate denen bei der Kochsalzbreimethode. E. Langer-Berlin.

Beitrag zur Lupusbehandlung mit Kupferdermasan, von G. Bettin-Godesberg. (M. m. W., 1924, Nr. 35, S. 1242.) Kupferdermasan kann leicht und bequem an-

Digitized by Google

gewendet werden, wirkt nur auf das Lupusgewebe, ist wenig schmerzhaft, läßt die Lichtbehandlung entbehren und beugt dem Weitergreifen des lupösen Prozesses vor.
A. v. Notthafft-München.

Die Behandlung des Lupus erythematodes durch Einreibung einer Bakteriotoxinsalbe (The Treatment of Lupus erythematosus by Inunction with Bacterial Toxine), von W. Dyson-Manchester. (Brit. m. J., 1924, Nr. 3325, S. 519.) Von der vielfach vertretenen Ansicht, daß L. erythematodes auf tuberkulöser oder sonstiger bakterieller Basis beruhe, ausgehend, hat D. versucht, durch Einreiben von tuberkulinhaltiger bzw. streptokokkenhaltiger Salbe eine Wirkung zu erzielen. Er verwendete zunächst eine 5%ige Alttuberkulinvaselinsalbe und ließ dieselbe 8 Tage lang täglich einreiben. Von 35 so behandelten Fällen zeigten 21 (= 60%) eine deutliche Reaktion; von den negativen Fällen wurden drei alsdann einer analogen Behandlung mit Rindertuberkulin (10%ig) unterworfen; alle drei reagierten positiv, während ein vierter, mit Rindertuberkulin behandelter Fall, der vorher auf menschliches Tuberkulin positiv reagiert hatte, gegen Rindertuberkulin sich negativ erwies. Ferner ergab Behandlung mit Streptokokkensalbe (5%) einmal ein positives Resultat unter vier gegen Menschentuberkulin refraktären Fällen; bei diesem Falle handelte es sich um den akuten, oberflächlich verlaufenden Typ. Als eine weitere bemerkenswerte Beobachtung erwähnt D. noch, daß er bei einem auf Rindertuberkulinsalbe an den Läsionen positiv reagierenden Patienten in gleicher Weise auf der normalen Haut eine Reaktion erzielt hat.
A. Philippi-Bad Salzschlirf.

Die Röntgen- und die Lichtbehandlung von tuberkulösen Lymphomen (Røntgen- og Lysbehandling af tuberkuløse Lymphomer) von A. Reyn-Kopenhagen. (Hospitalstidende, 1924, Nr. 24—26, S. 374.) Der Leiter des Finseninstituts in Kopenhagen kommt auf Grund einer ausgiebigen kritischen Berücksichtigung der Literatur und seiner eigenen umfangreichen, jahrelangen Beobachtungen zu folgenden Resultaten: Für die Behandlung von tuberkulösen Lymphomen ist das Lichtbad, sei es mit natürlichem Sonnenlicht oder mit künstlichem Licht (wobei die Kohlenbogenlampe entschieden vorzuziehen ist), eins der wichtigsten Heilmittel. Namentlich bei den fistulösen Formen ist die Behandlung mit konzentriertem Kohlenbogenlicht (die Finsenbehandlung) von sehr großem Werte. Die Röntgenbestrahlung darf nur in solchen Dosen angewendet werden, bei denen man sicher sein kann, daß dem Patienten kein Nachteil erwächst. Als Hauptbehandlungsart angewendet, liefert dieselbe viel schlechtere Resultate als die Lichtbehandlung, und sie sollte demnach nur in Kombination mit letzterer in Anwendung kommen. Am zweckmäßigsten ist es, je nach Bedarf alle Behandlungsarten, Licht, Röntgenstrahlen, chirurgische Eingriffe zu kombinieren. Ein mit tuberkulösen Lymphomen behaftetes Individuum muß als generell tuberkulös betrachtet werden und dementsprechend einer Allgemeinbehandlung, vorzüglich mit Licht unterworfen werden. Es sollten Sanatorien an der See nicht nur für Kinder, sondern auch für Erwachsene eingerichtet werden. Bei der Aufstellung von Statistiken fordert R., daß nicht die Entlassungsresultate, sondern die Befunde einige (mindestens zwei) Jahre nach Abschluß der Behandlung als Maßstab gelten sollen. Seine eigene Statistik erstreckt sich für 413 Dauerheilungen auf diesen Zeitraum, und 13 Fälle konnten noch nach 8 Jahren als gesund nachgewiesen werden.
A. Philippi-Bad Salzschlirf.

Fortgesetzte Untersuchungen über das optische Verhalten der Lupusknötchen und deren Bedeutung für die Finsenbehandlung (Fortsatte Undersøgelser over Lupusknudernes optiske Forhold og deres Betydning for Finsenbehandlingen), von H. Haxthausen-Kopenhagen. (Hospitalstidende, 1924, Nr. 38, S. 597.) Nachdem frühere Beobachtungen ergeben haben, daß bei der Finsenbehandlung die bestrahlte Haut und besonders die lupös erkrankten Teile eine starke Erwärmung erfahren (bis 50° C oder gar mehr), führte H. mit Hilfe eines von Schultzer konstruierten Apparates vergleichende Beobachtungen über das Verhalten speziell der Lupusknötchen und andererseits der normalen Haut gegenüber den Quecksilberdampfstrahlen der Quarzlampe aus. Die schon in seiner früher veröffentlichten Abhandlung nachgewiesene, im Vergleich zur normalen Haut erhöhte Durchlässigkeit des Lupusgewebes studierte er daher besonders im Hinblick auf die chemischen Strahlen. Es wurden 2 mm dicke Gewebsstücke präpariert und geprüft, wobei es sich ergab, daß die für die Behandlung wichtigsten Strahlen das lupöse Gewebe in doppelter bis sechsfacher Menge im Vergleich zu normaler Haut passieren. Aus diesen recht subtilen, in den wichtigsten Einzelheiten genau zur Nachprüfung beschriebenen Untersuchungen er-

Digitized by Google

gibt sich eine durchaus befriedigende Erklärung für die günstigen Wirkungen der Finsenbehandlung beim Lupus. A. Philippi-Bad Salzschlirf.

Krysolganerfahrungen, von C. Stuhl-Giessen. (D. m. W., 1924, Nr. 37, S. 1243.) In 50% der Fälle von geschlossener Lungentuberkulose trat nach Krysolganbehandlung Besserung ein. In 7 von 11 Fällen offener Tuberkulose schwanden bald nach der Behandlung die Bazillen. Schwangerschaft bedeutet strenge Kontraindikation für Krysolgan. In 4 von 18 Fällen trat Abort mit starkem Blutverlust ein. Bei nicht graviden Frauen stellten sich häufig Unregelmäßigkeiten der uterinen Funktionen ein. Die abwechselnde Behandlung mit Tuberkulin und Krysolgan zeitigte ganz besonders gute Erfolge. Zahlreiche Nebenerscheinungen wurden beobachtet, die meist auf zu starken Reaktionen beruhen. Die vom Verf. verwendeten Dosen betrugen 0,01, 0,05 und mehr. F. Harry-Wiesbaden.

Experimenteller Beitrag zur Wirkung des Krysolgans auf den Tuberkelbazillus, von T. Koizumi-Kyoto. (W. kl. W., 1924, Nr. 46, S. 1188.) Tierversuche mit Krysolgan wurden bisher nur ungenügend angestellt; die Arbeit des Verf. kommt an Hand erschöpfender Versuche an tuberkulösen Meerschweinchen zu dem Schlusse, daß K. keine spezifische Wirkung auf den Tuberkelbazillus ausübt. Weder im Organismus noch in vitro gelang es, die Bazillen abzutöten trotz günstigster Bedingungen. Einzig sicherer Erfolg klinisch nur bei Lupus erythematodes; mit Heubners Theorie der Kapillargiftwirkung erklärlich. E. Schäfer-Göttingen.

Die Heilwirkung des Krysolgans im Experiment, von T. Koizumi-Kyoto. (Zschr. f. Tbc., 1924, Bd. 41, H. 2, S. 109.) Etwas ausführlicherer Bericht über Verf.s negative Tierversuche mit Krysolgan vgl. vorstehendes Referat. Gutes Literaturverzeichnis. E. Schäfer-Göttingen.

Chemotherapeutische Versuche bei der experimentellen Meerschweinchentuberkulose, von F. Klopstock-Berlin. (Zschr. f. Tbc., 1924, Bd. 41, H. 2, S. 119.) Mitteilung negativer Erfolge bei Anwendung von Kupfer- und Chaulmoograölpräparaten auf den Ablauf der Meerschweinchentuberkulose. E. Schäfer-Göttingen.

Syphilis.

a. Allgemeines und Historisches.

Zur Geschichte der Syphilis, von Ph. Hildebrand-Duisburg. (M. m. W., 1924, Nr. 31, S. 1083.) In den Sermones des Sextus Amarcius, eines wahrscheinlich französischen Klerikers und Arztes des 11. Jahrh., spricht der Besucher einer Buhldirne zu sich: „Warum soll ich ‚Weh' mir!' sagen, wenn sie nicht von Krankheit geplagt wird, wenn die strotzenden Papeln, wenn der bohrende Pleuraschmerz fehlt!" Wegen der Turgentes papulae ist das für Hildebrand eine Syphilis. Aber unsere Nomenklatur ist nicht die der Alten. Darum wird auch der Pleuraschmerz zur Periostitis syphilitica gedeutet, als ob der Dichter, wenn er einmal Syphiliszeichen schildern wollte, gerade zu diesem ganz unbekannten Symptom gegriffen hätte! Auch übersetzt er willkürlich morbo mit: der Krankheit und pleurisis mit Pleuraschmerz. Über die Kombination Pleuraschmerz und Papeln im Sinne zweier Äußerungen einer Krankheit findet sich vor dem 16. Jahrh. keine Kenntnis. A. v. Notthafft-München.

Zur Geschichte der Syphilis, von Th. Hoepfner-Saalfeld. (M. m. W., 1924, Nr. 33, S. 1153.) Wiederausgrabung der Stelle bei dem 34 n. Chr. geborenen, also nicht spätrömischen (wie Verf. meint) Dichter Persius: „Tentemus fauces! tenero latet ulcus in ore Putre". Die Falschdeutung dieser Stelle als syphilitische Rachenaffektion ist schon in der „Legende der Altertumssyphilis" des Ref. (S. 187) widerlegt. A. v. Notthafft-München.

Zur Geschichte der Syphilis, von Ph. Hildebrand-Duisburg. (M. m. W., 1924, Nr. 36, S. 1261.) Hoepfners Syphilisfund wird abgelehnt. Es handelt sich, wie Ref. schon nachgewiesen, um eine Ausrede eines Weichlings, der auf die Aufforderung, grobe Volkskost zu genießen, weil er im Munde ein eitriges (nicht übelriechendes, wie Hildebrand putre irrig übersetzt) Geschwür habe. Das latet, dem H. keine Aufmerksamkeit schenkt, ist besonders charakteristisch: man kann das Geschwür nicht sehen, weil es eben gar nicht da ist. So lügt auch die in ein Lupanar verbrachte Christin in der Erzählung des Kedrenos, um den Besuchern Ekel einzuflößen, sie habe ein Geschwür an verborgener Stelle. Daher irrt Hildebrand auch, wenn er als näher liegend Angina lacunaris oder Stomatitis ulcerosa annimmt. Gar nichts liegt näher oder ferner; es ist ja Dichtung! A. v. Notthafft-München.

Digitized by Google

Beschreibung eines Falles von Syphilis congenita durch einen Humanisten des 12. Jahrhunderts, von Ph. Hildebrand-Duisburg. (M. Kl., 1924, Nr. 41, S. 1451 bis 1452.) In einer Elegie „Alda" des Wilhelm von Blois (Guilelmus Blesensis) findet sich (Vers 169—192) die Beschreibung eines Knechtes Spurius (= Hurenkind), in der Verf. unverkennbar die Symptome der Syphilis congenita zu erkennen meint. Starke Zerstörung des Nasengerüstes, Sattelnase mit ausgesprochener Rhinitis atrophica foetida, Knochenerkrankung der einen verkürzten unteren Extremität (wohl Osteochondritis syphilitica), abnorm ausgedehnter und vorgewölbter Unterleib (Leberlues verbunden mit Milztumor und Diabetes mellitus, daher kolossales Eß- und Trinkbedürfnis). Auf dem Kopfe Impetigo specifica oder starke Verlausung. Meckerstimme (Perforation des harten und weichen Gaumens anzunehmen). Es spricht dieser Fund wiederum dafür, daß Syphilis auch als erbliche Form bereits während des Mittelalters lange bekannt war; die Theorie des ausschließlich amerikanischen Ursprunges dürfte damit erledigt sein.

E. Levin-Berlin.

b. Pathologie und Klinik.

Sekundäre Rezidive und schankerartige Läsionen bei behandelter Syphilis (Récidives secondaires et accidents chancriformes chez les syphilitiques traités), von Hudelo und Rabut. (Presse méd., 1924, Nr. 73, S. 740.) Verff. geben in kurzem Auszug 67 Beobachtungen über syphilitische Rezidive wieder. Bei 13 derselben handelte es sich um isolierte schankerartige Läsionen; bei 54 Kranken (mit 62 Rezidiven) hauptsächlich um Schleimhautpapeln aber auch um kutane Läsionen. Von diesen 54 Kranken hatten 20 die Behandlung eigenmächtig unterbrochen, 15 waren noch nach Verschwinden der Symptome weiter behandelt worden, und bei 13 erfolgte das Rezidiv noch während der Behandlung. Dazu kommt eine Gruppe von 6 Fällen, bei denen das Rezidiv neben anderen Läsionen sich als schankerförmiges Syphilid oder als Ulcus durum redux äußerte. Zeitlich geordnet lieferte das erste Jahr der Infektion mit 34 Fällen die meisten Rezidive; im folgenden Jahr waren 10 notiert und so weiter mit abnehmender Frequenz, der späteste Fall wurde im 7. Jahr festgestellt. Verff. stimmen der Ansicht bei, daß bei manchen als Reinfektionen aufgefaßten Fällen es sich tatsächlich um Ulcus durum redux gehandelt haben dürfte.

A. Philippi-Bad Salzschlirf.

Primäraffekt der Augenlidschleimhaut (Chancre of Palpebral Conjunctiva), von W. P. Ling-Peking. (J. Am. m. Ass., 1924, Bd. 83, Nr. 7, S. 503.) Hinweis auf das in China relativ häufige Vorkommen eines Primäraffektes am Auge. Bericht über einen solchen Fall, dessen Diagnose durch die anfänglich negative WR erschwert war.

R. Ley-Kreuznach.

Extragenitaler Schanker (Extragenital Chancre), von A. M. Hall. (Brit. m. J., 1924, Nr. 3333, S. 899.) Bei einer 23jähr., verheirateten chinesischen Bäuerin fand sich rechterseits neben einer allgemeinen ödematösen Schwellung der Konjunktiva eine harte Masse an der Conjunctiva bulbi von der Kornea abwärts. Die knorpelharte Schwellung war teilweise ulzeriert und mit Knoten bedeckt, nach deren Ablösung eine seröse Flüssigkeit sich entleerte. Man konstatierte in Abstrichpräparaten Treponema pallidum in großer Anzahl. Serumprobe negativ sowohl bei Patientin wie bei ihrem Ehemann. Die anderen Familienmitglieder auch ohne nachweisbare syphilitische Symptome.

A. Philippi-Bad Salzschlirf.

Die syphilitischen Gelenksaffektionen und deren Erkennung, von St. R. Brünauer und J. Hass, II. Abt. f. Geschl.- u. Hautl. u. Univ.-Amb. f. orthop. Chir. im Allg. Krkh. in Wien. (M. Kl., 1924, Nr. 42, S. 1453—1456; Nr. 43, S. 1490—1493.) Auf 100 Fälle von Gelenktuberkulose kommen ungefähr 5 Fälle von Gelenksyphilis. Das Symptomenbild ist ein sehr vielgestaltiges und wechselndes. Differentialdiagnostisch ist gegenüber Gelenkrheumatismus das Versagen der Salizyltherapie, gegenüber Tuberkulose im allgemeinen das Freibleiben der Gelenkkapsel, nicht so hochgradige Kontrakturen, Fehlen von Muskelatrophie und Knochenatrophie im Röntgenbild zu verwerten. In Betracht kommt ferner positive WR im Serum und besonders im Gelenkpunktat. Erfolg der Behandlung. Die verschiedenen Erscheinungsformen der Gelenklues sind von den verschiedenen Phasen der konstitutionellen Syphilis ziemlich unabhängig. Vom klinischen Standpunkt sind folgende Typen erkennbar: 1. Bild der Polyarthritis rheumatica, oft sehr frühzeitiger und schnell vorübergehender Natur, in schwerer Form in der Früh- und Spätperiode. 2. Bild des Gelenkfungus; die Fälle gehören der späteren Syphilis an, die Bilder erinnern sehr an die tuberkulösen Gelenkveränderungen, werden daher auch als Tumor albus syphiliticus bezeichnet. Differentialdiagnostisch von Wert ist die Dis-

Digitized by Google

kropanz zwischen klinischem Bild einerseits, geringen subjektiven Beschwerden und Röntgenbild andererseits. Ferner fühlt sich die Gelenkkapsel resistent, wie auswattiert an und es kommt niemals zur Eiterung. Der Prozeß findet sich meist in einem oder wenigen Gelenken. Hierher gehören auch die Fälle symmetrischer Kniegelenkserkrankungen bei Kindern von 10—12 Jahren. 3. Gewisse Übergangsformen; dazu gehören deformierende Arthritiden. Es kommt dabei später zu Veränderungen, die nichts mehr mit Syphilis zu tun haben und auch durch die spezifische Therapie nicht mehr rückbildungsfähig sind. In exzessiver Form finden sie sich bei Tabes.

E. Levin-Berlin.

Ausgedehnte syphilitische Nekrose des Stirnbeins; 16 Jahre später Karzinom am Rande der Narbe (Extensive Luetic Necrosis of the Frontal Bone Followed Sixteen Years Later by Cancer at the Edge of the Scar), von D. W. Montgomery-San Francisco, Cal. (M. J. and Record, 1924, Bd. 120, Nr. 6, Sonderbeil. S. LXXXV.) Die mit sekundärer Streptokokkeninfektion verbundene syphilitische Ulzeration am Schädel war unter spezifischer Behandlung mit Nekrosenbildung geheilt. 16 Jahre später vom Rande der Narbe ausgehendes Epitheliom, das unter Radiumbehandlung wieder schwand.

E. Levin-Berlin.

Wiederherstellung der syphilitischen Nase (Repair of the Syphilitic Nose), von J. E. Sheehan-New York. (M. J. and Record, 1924, Bd. 120, Nr. 6, Sonderbeil. S. LXXXI bis LXXXIV). Durch zahlreiche Abbildungen illustriertes besonderes Verfahren für die verschiedenen Grade der syphilitischen Zerstörung. E. Levin-Berlin.

Über die Häufigkeit eines positiven Blut-Wassermann bzw. einer Aortitis syphilitica bei älteren Leuten, von F. Port, Krankenh. Augsburg. (M. m. W., 1924, Nr. 22, S. 712.) Bei Sektionen fand sich Aortensyphilis unter Leuten über 60 Jahren in 13,25%, im 6. Dezennium in 6,2%, im 5. in 20% (makroskopische Diagnosestellung). Ferner wurde bei 20,8% aller mindestens 60jährigen und 22,7% aller Kranken des 6. Dezenniums eine starke positive WR im Blut gefunden. Die Frauen waren etwas stärker beteiligt als die Männer. Bei sämtlichen in den Jahren 1921—23 untersuchten Kranken mit positiver WR fand man bei der Obduktion Aortenveränderungen. Auch wo im Leben keine Aortitiserscheinungen da waren, konnte man sie nach dem Tode nachweisen. Bei Kranken unter 60 überwiegen die syphilitischen Nervenerkrankungen die Herzerscheinungen, über 60 Jahren ist das Gegenteil der Fall. Port meint daraus den Schluß ziehen zu können, daß die Aorta weniger empfindlich gegen das syphilitische Gift ist als das Nervensystem. Träge Pupillen bei alten Leuten sollte man nicht so ohne weiteres lediglich als Alterserscheinungen auffassen. Die klinischen Veränderungen am Herzen sind oft sehr gering und nicht charakteristisch. Wo Herzveränderungen gefunden wurden, war auch fast durchgehends eine Verbreiterung der Aorta ascendens oder ein Aneurysma röntgenologisch nachzuweisen. Port schließt aus seinen Befunden, daß die Geschlechtskrankheiten früher ebenso verbreitet waren wie heute.

A. v. Notthafft-München.

Über teleangiektatische und livedoartige Spätsyphilide (Brocqs essentielle Teleangiektasien und Ehrmanns Livedo racemosa), von Erich Hoffmann, Hautkl. Bonn. (D. m. W., 1924, Nr. 38, S. 1294.) Die essentielle Teleangiektasie und Livedo racemosa sind meistens syphilitischen Ursprungs. Verf. schlägt für diese Fälle die Bezeichnung teleangiektatische bzw. livedinöse (razemöse) Syphilide vor. Histologisch findet man bei der essentiellen Teleangiektasie neben Verstrichensein der Korium-Epidermisgrenze und Fehlen deutlicher Papillen eine teilweise beträchtliche Erweiterung der oberflächlichen Venen. Die Wand der Venen ist verdickt und gequollen. Ferner ist die Media und Adventitia der stark entwickelten Arterien in der Subkutis und in den tieferen Kutisschichten hyperplastisch. Die Livedo racemosa dagegen stellt eine obliterierende Endarteriitis subkutaner Gefäße dar. F. Harry-Wiesbaden.

Die Einwirkungen der Frühsyphilis auf Herz und Gefäße, von W. Amelung und A. Sternberg, Derm. Univ.-Kl. Frankfurt a. M. (D. Arch. f. kl. Med., 1924, Bd. 145, H. 1 u. 2, S. 34.) Von 275 Syphilitikern der Frühperiode werden bei wiederholter eingehender Untersuchung und zum Teil jahrelanger Beobachtung 58 = 21% eruiert, für deren Herzstörung die Lues von den Verff. verantwortlich gemacht werden konnte. Diese Herzstörungen bestanden in subjektiven Beschwerden, Pulsanomalien, Herzgeräuschen und -erweiterungen usw., und zwar vom Grade leichter Regelwidrigkeiten bis zur leichten Dekompensation. Auch die prompte Wirkung der antisyphilitischen Therapie sprach neben anderem (Herxheimersche Reaktion z. B.) für die luetische Genese der beobachteten Herzstörungen. Aus den Beobachtungen der Verff. ist noch bemerkens-

Digitized by Google

wert, daß syphilitische Aortenerkrankungen der Frühperiode eine große Seltenheit sind, der Beginn der Aortitis syphilitica fällt auch nach ihrer Ansicht in die Tertiärperiode. Jedenfalls kann man sich der Schlußfolgerung der Verff., die Untersuchung jedes Syphilitikers der Frühperiode auf Herzveränderungen zu fordern, durchaus anschließen.

F. Jacobsohn-Berlin.

Zur Häufigkeit der syphilitischen Herz- und Gefäßerkrankungen (Statistische Erhebungen aus den Jahren 1911—23), von A. Wittgenstein und F. Brodnitz, 3. Med. Univ.-Kl. Berlin. (M. m. W., 1924, Nr. 39, S. 1351). 40553 Kranke. Bei 7,54% Lues interna: 8,9% Herz- und Gefäßkrankheiten, hiervon $^1/_5$ auf syphilitischer Grundlage. Die syphilitischen Herz- und Gefäßerkrankungen bzw. die syphilitischen Nervenleiden machen je $^1/_5$ aller syphilitischen inneren Krankheiten aus. Aortitis, Klappenfehler und Aneurysma betragen je $^1/_4$, die Sklerosen $^1/_{10}$, die muskulären Erkrankungen 4% der Herz-Gefäßerkrankungen. Etwa $^3/_4$ der Aortenerkrankungen beruhen auf Syphilis. 17% aller Nervensyphilis einerseits und Herz-Gefäßlues andererseits sind Mischformen. Durchschnittliche Inkubationsdauer 20 Jahre. Positive Luesanamnese nur in 56%. Beginn der Erkrankung durchschnittlich im 48.—52. Jahre. Vorbehandelt waren nur 11%. 45% hatten sich trotz Kenntnis ihres Leidens nicht behandeln lassen. WR positiv in 21,64% aller Kranken, in 66,6% der syphilitischen Herz-Gefäßleiden.

A. v. Notthafft-München.

Diagnose und Behandlung des syphilitischen Basedow (Diagnosis and Treatment of Syphilitic Exophthalmic Goitre), von E. Schulmann-Lyon. (M. J. and Record, 1924, Bd. 120, Nr. 6, Sonderbeil. S. XC—XCIII.) Bericht über eine Familie, in der mehrere Kinder Symptome von Basedow bei positiver WR hatten, andere Kinder früh gestorben waren, oder Zeichen von Syphilis gezeigt hatten. Die Erscheinungen können bei frischer, älterer, kongenitaler Syphilis vorkommen. In diesen Fällen sind mit spezifischer Behandlung gute Erfolge zu erzielen. E. Levin-Berlin.

Syphilitische Mediastinitis (Médiastinite syphilitique), von E. Sergent. (Progr. 1924, Nr. 42, S. 653—657.) Die syphilitische Mediastinitis ist eine Manifestation der tertiären Periode. Sie kann in Form eines diffusen Syphiloms des Mediastinums auftreten oder mehr lokalisiert, dann häufiger im oberen Abschnitt, daher häufige Kombination mit Obliteration der Vena cava superior. Klinisch können mehrere Formen unterschieden werden: venöse, respiratorische, diffuse, abortive, untere (besonders bei Kindern), ferner mit Aortenaneurysma, pleuro-pulmonärer Syphilis, Tuberkulose verbundene Formen. Die Diagnose baut sich auf den gewöhnlichen Zeichen einer Mediastinitis und dem Röntgenbefunde auf, der sich nicht von dem bei jeder chronischen Mediastinitis unterscheidet. Bei jeder chronischen Mediastinitis, bei der keine anderweitige Ätiologie sicher ist, soll spezifische Probebehandlung auch bei negativer WR eingeleitet werden. Das ist von besonderem Werte bei Personen, bei denen Syphilis und Tuberkulose vorliegt und bei denen die eine oder andere Ursache oder auch beide kombiniert in Frage kommen können. E. Levin-Berlin.

Syphilogene Erkrankungen des Magens im Lichte moderner Forschungsergebnisse, von K. Boas, Derm. Abt. Städt. Krkhs. Nürnberg. (Zbl. f. Haut- u. Geschlechtskrkh., 1924, Bd. 13, H. 1/2, S. 1.)

Mediane syphilitische Magenverengerung in zwei Monaten durch spezifische Behandlung geheilt (Sténose médio-gastrique syphilitique guérie en deux mois par le traitement spécifique), von Loeper und R. Turpin. (Progr. méd., 1924, Nr. 36, S. 537 bis 538). Die mediane Stenose scheint die häufigste Form der stenosierenden Magensyphilis zu sein. In dem beschriebenen Falle bestand neben den schmerz- und krampfhaften dyspeptischen Störungen eine oberflächliche sklerosierende Glossitis, Aortitis, positive WR. Röntgenologisch typisches Bild. Chinin-Wismutbehandlung bewirkte schnelle funktionelle Besserung; anatomische Heilung durch weitere Röntgenaufnahmen nachgewiesen. E. Levin-Berlin.

Über viszerale Lues (luische Peritonitis) und luisches Leberfieber, von S. Korach, Med. Abt. Isr. Krkhs. Hamburg. (D. m. W., 1924, Nr. 41, S. 1402.) Die 34jähr. Pat., die bis zu ihrer Einlieferung ins Krankenhaus stets gesund war, litt an diffusen Schmerzen im Abdomen mit intermittierendem Fieber, Schweißausbruch und Schüttelfrost. Schleichend entwickelte sich in der rechten Oberbauchgegend eine Geschwulst von unregelmäßiger Form. Auf Grund des Fiebertypus und einer positiven WR wurde eine syphilitische viszerale Erkrankung angenommen. Auf Jodkaligaben wurde die Geschwulst kleiner, die Schüttelfröste traten seltener auf. Da die Schmerzen nicht nach-

Digitized by Google

ließen und die Geschwulst nicht vollständig verschwand, wurde eine Probelaparatomie gemacht, die das Vorhandensein einer syphilitischen, chronisch adhäsiven Peritonitis ergab.

F. Harry-Wiesbaden.

Der Rhythmus der Glykämie im Verlaufe der Syphilis. Pathogenese der Hyperglykämie in der Sekundärperiode. Gibt es prämonitorische, auf Diabetes deutende Zustände im Verlaufe der spezifischen Infektion? (Le rythme de la glycémie au cours de la syphilis. Pathogénie de l'hyperglycémie de la période secondaire; existe-t-il au cours de l'infection spécifique des états prémonitoires du diabète?), von E. Schulmann-Paris. (Presse méd., 1924, Nr. 76. S. 763.) Auf einen Zusammenhang zwischen Lues und Diabetes hat namentlich Marcel Pinard hingewiesen, der im Verein mit Velluot über 21 Diabetiker berichtet hat, von denen 11 sich syphilitisch infiziert hatten und 5 hereditär luetisch waren. Im Anschluß an eine ziemlich umfassende Übersicht über die sonstige diesbezügliche Literatur berichtet Sch. über genauere Beobachtungen über den Zuckergehalt des Blutes bei 90 Syphilitischen. Das Beobachtungsmaterial setzte sich zusammen aus primären Fällen (12), sekundären (35), tertiären (20), latenten (7), Tabes (3), Dementia paralytica (3) und hereditär syphilitischen (10). Die Resultate der Blutuntersuchung sind für alle Gruppen in ausführlichen Tabellen zusammengestellt. Als erstes fällt dabei auf, daß im Sekundärstadium der Zuckergehalt deutlich gesteigert ist. Während alle anderen Stadien einen Prozentsatz von 0,98—0,88 (latente Syphilis) aufwiesen, ergab das sekundäre Stadium einen Durchschnitt von 1,133%. Es lag nahe, diese Glykämie mit einer Leberaffektion in Verbindung zu bringen, aber greifbare Beweise waren nur in wenigen Fällen zu erbringen. Auffallend war, daß in der Regel die stärkeren Glykämien mit einem besonders profusen Hautausschlag verknüpft waren. Anschließend berichtet Verf. auch über einige Beobachtungen zur Prüfung des Sympathikustonus bei Syphilitischen, wobei er sich der Methode der Augenkompression bediente, und ferner über Bestimmungen der Glykuronsäure im Urin, aus denen man auch auf eine Leberbeschädigung schließen kann.

A. Philippi-Bad Salzschlirf.

Über einen Fall von Nierensyphilis (Sopra un caso di sifilosi renale), von S. Rolando. (Arch. It. di urol., 1924, Bd. 1, H. 1.) 41jähr. Mann, 1908 luetische Infektion, welche mit Sublimatinjektionen behandelt worden war. 1914 Auftreten von linksseitigen Nierenschmerzen und Pollakiurie bei trübem Urin. Nachdem die Einseitigkeit der Läsion festgestellt worden war, Nephrektomie, wobei die Niere eine stärkere Konsistenz als normal zeigte. Die Kapsel war verdickt und es fanden sich zahlreiche Narben in der Rinde mit hämorrhagischen Resten. Im oberen Nierenpol sah man zahlreiche Zysten mit blutigem Inhalt. Histologische Untersuchung: starke und diffuse interstitielle Reaktion mit mehreren Herden kleinzelliger Infiltration und zahlreichen diffusen, hämorrhagischen Herden. Meso- und Endarteriitis syphilitica. Ravasini-Triest.

Die Syphilis der Harnblase (Syphilis of the Bladder), von A. Peterson-Los Angeles, Cal. (J. of Urol., 1924, Bd. 12, Nr. 1, S. 59.) Vor der Einführung der WR und der Zystoskopie sind viele Fälle von Blasensyphilis unerkannt geblieben, so daß eine größere Häufigkeit dieser Affektion angenommen werden muß, als sich aus der Zahl der bisher veröffentlichten 58 Fälle schließen läßt. Über 2 Fälle wird ausführlich berichtet. Der eine betrifft einen 45jährigen Drogenhändler, der nie einen Schanker, wohl aber vor 19 Jahren einen Tripper durchgemacht haben will. Seit 8 Monaten Harndrang, schließlich starke Leibschmerzen, Blutklumpen im Urin, Blasenkapazität 90 ccm. Zystoskopisch: Diffuse Zystitis, über der rechten Uretermündung ein talerstückgroßes Ödem mit kalkigen Ablagerungen. Katheterisierung des rechten Ureters unmöglich, dagegen Indigokarminprobe beiderseits normal. Im Tierversuch keine Tuberkelbazillen im Harn nachweisbar. Röntgenologisch ein unregelmäßiger Schatten über der rechten Blasenseite. Da nach der Blasenspiegelung starke Blutung und der Katheterismus unmöglich, Sectio alta zur Drainage. Hierbei zeigt sich die Blase tief im Becken fixiert und an ihrer rechten Wand ein von zahlreichen brüchigen Kalkkonkrementen bedecktes Geschwür. WR stark positiv. Salvarsan und Quecksilbereinreibungen wurden schlecht vertragen, der Urin wurde völlig klar, aber die Kapazität nahm nicht zu. Nach 15 Wochen Exitus an Lungentuberkulose. Der zweite Fall betrifft eine 29jähr. Frau, die über Schmerzen im rechten Unterbauch klagte. Leichter Aszites, einige rote Blutkörperchen im Harn. Verschattung im Bereich der rechten Niere, in der Gegend des rechten Ureters zwei etwas über zehnpfennigstückgroße Geschwüre der Blasenwand, Undurchgängigkeit des rechten Ureters für Urin und Sonde. WR sehr stark positiv. Da nunmehr Lues der Leber, Harnblase und rechten Niere angenommen wurde, Salvarsanbehandlung, die aber

Digitized by Google

wegen starker Reaktion nach zwei Spritzen durch intravenöse Hg-Therapie abgelöst wurde. Nach 5 Monaten kein Aszites mehr, Wohlbefinden. Übersicht über die Früh- und Spätformen der Blasenlues. Bei den uncharakteristischen Spiegelbefunden gibt die WR, die in 100% positiv ist, den Ausschlag. E. Tschuschke, Berlin-Steglitz.

Ein Fall von Syphilis der Prostata (Un caso di sifilide della prostata), von B. Guido. (Arch. It. di Urol., 1924, Bd. 1, H. 1.) Kasuistischer Beitrag. Bemerkenswert am Falle ist, daß die Diagnose „ex juvantibus" gestellt worden ist.

Ravasini-Triest.

Die klinischen Formen der chronischen syphilitischen Meningitis (Les formes cliniques de la méningite syphilitique chronique), von E. Schulmann und E. Terris. (Progr. méd., 1924, Nr. 39, S. 573—577.) Besprechung der verschiedenen Formen und Erscheinungen der zerebralen, spinalen, gemischt zerebro-spinalen und kongenital-syphilitischen chronischen Meningitiden. Im Verlaufe der spezifischen, besonders intravenösen Behandlung können Erscheinungen auftreten, die den meningealen Typus annehmen können: Meningo(Neuro)rezidive im Verlaufe unzureichender Behandlung; Herxheimersche Reaktion und ihr nahestehend die Fälle von Meningo-Tropismus; meningeale Reaktionen infolge Intoleranz gegen Medikamente. E. Levin-Berlin.

Zur Frage der Lumbalpunktionsschädigung, von K. Grosz und E. Stransky. (W. kl. W., 1924, Nr. 40, S. 1012.) Beschreibung eines einschlägigen Falles. Ein 34jähr. nervöser Pat. wird in der Spätlatenz lumbalpunktiert. Nach einem Intervall von sechs Wochen, in dem allerdings dauernde Beschwerden im Sinne eines „Meningismus" vorhanden waren (Kopfschmerz, Ohrensausen, Erbrechen), aber kein neurologischer Befund, tritt ein zerebrales Krankheitsbild auf mit psychischen Symptomen (Aufregungszustände, Verworrenheit) und neurologischen Herdsymptomen (Nystagmus, Babinski). Bei dem Zustandekommen der Krankheitserscheinungen fällt nach den Verff. der Lumbalpunktion eine Rolle zu, von der allerdings betont wird, daß sie weder qualitativ noch quantitativ abzuschätzen ist. Bei dem pathologischen Liquorbefund (der im einzelnen nicht angegeben ist) ist die Manifestierung eines luischen Herdes durch die Lumbalpunktion in Betracht zu ziehen. A. Wittgenstein-Berlin.

Okulomotoriuslähmung syphilitischen Ursprungs (Oculomotor Paralysis of Syphilitic Origin. Treated with Mercury and Iodides), von Ch. Rosenbaum-New York. (M. J. and Record, 1924, Bd. 120, Nr. 6, S. XCV.) Lähmung aller vom Okulomotorius versorgten Muskeln. WR positiv. Innerhalb 6 Wochen Wiederherstellung durch Jodkali und Einspritzungen von Salizyl-Quecksilber. Es sind also gute Erfolge auch ohne Salvarsan zu erzielen, E. Levin-Berlin.

Die Diagnose der Pupillendifferenz (Du diagnostic de l'inégalité pupillaire), von Boussi. (J. de Méd. de Paris, 1924, Nr. 39, S. 813—815). Es kommen die verschiedenartigsten Ursachen in Betracht, unter denen Tuberkulose und Syphilis eine große Rolle spielen. Sobald reflektorische Pupillenstarre mit der Anisokorie verbunden ist, ist die Diagnose Syphilis leicht, doch kann Anisokorie bei Syphilis auch ohne Störungen der Pupillenreflexe vorkommen. In diesen Fällen ist die Differentialdiagnose zwischen Syphilis und Tuberkulose sehr schwer, man muß auch an Kombination beider Krankheiten denken. E. Levin-Berlin.

Über einen Fall von fast vollkommener Empfindungslosigkeit für Wehen, von R. Knebel, Städt. Frauenkl. Essen. (Zbl. f. Gyn., 1924, Nr. 49, S. 2696.) 22jähr. Gravida, die wegen Lues II mit Neosilbersalvarsan, Sublimat und Wismut behandelt worden war, zeigte eine vollkommene Anästhesie der oberen äußeren Quadranten beider Mammae. Der Geburtsvorgang selbst verlief auffallend schmerzlos, Pat. hatte von den Wehen kaum Empfindung. Die serologische Untersuchung des Blutes ergab WR —, MTR Sol. positiv, DM. He. Im Lumbalpunktat Goldsol: Lues-latens-Kurve. Die beobachtete Anästhesie wird gedeutet als eine Reizleitungsstörung im Gebiet der hinteren Wurzeln des Rückenmarks auf wahrscheinlich luetischer Grundlage. F. Landauer-Berlin.

Echte Neurorezidive und deren Beziehung zur „Metalues", von E. Mattauschek-Wien. (W. kl. W., 1924, Nr. 40, S. 1018.) Mattauschek hebt aus den frühluischen Erkrankungen des Zentralnervensystems eine Gruppe von Fällen heraus, die charakterisiert ist durch das Auftreten von Neurorezidiven bei vorher Liquorgesunden in Behandlung befindlichen Patienten (meist kurz nach einer ungenügenden Behandlungsphase, aber auch während und nach ausgiebiger Salvarsan- oder Salvarsan-Hg-Behandlung). Es handelt sich um Neurorezidive mit ausgesprochenen meningitischen und Hirnnervensymptomen, begleitet von schwer entzündlichen Liquorerscheinungen. Die Krankengeschichten der

Digitized by Google

9 Patienten, aus denen M. diesen Typus des Neurorezidivs abgeleitet hat, werden mit ihren serologischen und liquorologischen Reaktionsbildern beigefügt. Sowohl die klinischen wie die Liquorveränderungen sind unter fortgesetzter energischer Behandlung zur Abheilung gekommen. Es ist dem Verf. daher wahrscheinlich, daß diese Formen mit ihrer heftigen Abwehrreaktion des mesodermalen Gewebes hinsichtlich der Metalues eine günstige Vorhersage gestatten. Umgekehrt scheint ihm, daß ein zur Metalues disponiertes Individuum auf Salvarsan nicht mit einem Neurorezidiv dieser Art reagiert.

A. Wittgenstein-Berlin.

Tabes dorsalis und Mesaortitis luetica, von S. Kessler-Wien. (Kl. W., 1924, Nr. 47, S. 2146.) Während durch die Arbeiten von Frisch und Loewengerg eine die Tabes bzw. die Paralyse begleitende Mesaortitis in 48 bzw. 33,1% festgestellt wurde, kann Verf. das Vorhandensein einer Mesaortitis oder Aortenklappenaffektion im Verlaufe einer Tabes in 66,1% seiner beobachteten Fälle konstatieren. In pathologisch-anatomischer Hinsicht gleicht diese Aortenerkrankung derjenigen ohne gleichzeitige Nervenerkrankung. Sie verläuft auch keineswegs benigner als diese; dagegen ist ihr nur anscheinend leichterer Verlauf auf folgende Momente zurückzuführen: 1. Der Tabiker muß an und für sich infolge seiner Nervenerkrankung ruhiger und vorsichtiger leben. 2. Die Tabes bedingt ein frühzeitiges Einsetzen einer Behandlung, unter der die Aortenerkrankung, die vorläufig latent ist, entweder auch gebessert, zum mindesten aber zum Stillstand gebracht wird, und 3. täuscht die oft vorhandene viszerale An- und Hypalgesie über viele bei normalen Menschen auftretende Beschwerden beim Tabiker hinweg. Alle diese Umstände bedingen einen scheinbar leichten Verlauf der Aortenerkrankung beim Tabiker, oder täuschen bei nicht genügend gründlicher Untersuchung über das Vorhandensein von Gefäßerkrankungen den Untersucher hinweg.

E. Langer-Berlin.

Peritonitis und Tabes, von J. Preuss und A. Jacoby, Städt. Krankenh. Neukölln-Berlin. (M. m. W., 1924, Nr. 37, S. 1273.) Wegen der tabisch bedingten Anästhesie wurde die Perforationsperitonitis im Leben nicht diagnostiziert.

A. v. Notthafft-München.

Mammakrisen bei Tabes, von J. Preuss und A. Jacoby, Inn. Abt. Städt. Krkhs. Neukölln. (M. Kl., 1924, Nr. 43, S. 1505.) Von eigentlichen Krisen kann nur die Rede sein, wenn es sich um zeitweise auftretende Schmerzattacken im Bereiche der Brustdrüsen handelt, in deren Verlaufe oder Gefolge es zu lebhafterer Sekretion von Milch oder milchartiger Flüssigkeit kommt. Ein Fall 7 Jahre nach der Menopause aufgetreten.

E. Levin-Berlin.

Die Schnelldiagnose der Paralyse mittels der Eisenreaktion und das Vorkommen von Hämosiderin bei anderen luischen Hirnerkrankungen, von B. Ostertag, Psych. Univ.-Kl. Berlin. (M. m. W., 1924, Nr. 42, S. 1467.) Syphilitische Meningitiker zeigen um die Piagefäße herum Hämosiderinansammlungen. Die Schnelldiagnose Paralyse kann also nur an Schnitten gestellt werden, bei welchen man genau weiß, aus welcher Gehirnlage das Hämosiderin kommt. Die Spatzsche Ausstrichmethode ist also nicht geeignet. Noch weniger das Punktionsverfahren am Lebenden nach Peter, das bald Paralyse annehmen läßt, wo keine vorhanden, bald umgekehrt.

A. v. Notthafft-München.

Tagesgeschichtliche Nachrichten.

Zu Ehren des 1920 verstorbenen Prof. Isador Dyer hat die medizinische Fakultät der Tulane University in New Orleans ein Bronzerelief errichtet. R.

Nachdruck (auch des Abschnittes „Tagesg. Nachr.") ist ohne Genehmigung des Verlegers nicht erlaubt.

Verantwortlich für die Redaktion: für Originalabhandlungen und T. N.: Prof. Dr. J. H. Bulla, Leipzig. Für den Referatenteil: Dr. M. Unna, Hamburg-Bergedorf.

Digitized by Google

Dermatologische Wochenschrift

Nr. 14 (Bd. 80) 4. April 1925

Aus der Deutschen Dermatologischen Klinik (Vorstand: Prof. Dr. KREIBICH) in Prag.

Die Reaktion der Haut von Ekzemkranken gegen Kokken und deren Toxine.

Von

Dr. F. M. PETER, ehem. Externarzt der Klinik,
dz. Assistent der Klinik Prof. P. G. UNNA in Hamburg.

Mit 1 Abbildung im Text.

Im folgenden soll über eine Reihe von Versuchen berichtet werden, eren Zweck es war, durch Prüfung der Empfindlichkeit der Haut von kzematikern gegenüber Kokken und deren Produkten festzustellen, ob ne Überempfindlichkeit gegen diese bei Ekzemkranken besteht oder icht. Aus äußeren Gründen mußten die Experimente auf eine relativ kleine Anzahl von Versuchen beschränkt werden, doch glauben wir, daß auch daraus schon gewisse Schlüsse auf das Verhältnis der beim Ekzem nachweisbaren Kokken zum Ekzem gezogen werden können. Bevor ich auf meine eigenen Versuche eingehe, seien kurz die bisherigen diesbezüglichen Ergebnisse angeführt.

P. G. UNNA stellt 1890 als erster die parasitäre Theorie des Ekzems auf und sucht durch zahlreiche bakteriologische und histologische Untersuchungen in der Folgezeit sie zu stützen. Auf seiner Anregung fußen auch die experimentellen Untersuchungen von BENDER, BOCKHARDT und v. GERLACH, die zehn Jahre später veröffentlicht sind und viel umstritten waren. Auf sie will ich kurz eingehen:

Die genannten Autoren arbeiteten in vier Versuchsreihen, mit aus Impetigopusteln und Furunkeln gewonnenen Staphylokokkenreinkulturen (Staph. pyogenes albus et aureus), wobei sie für das Gelingen ihrer Versuche das Alter der verwendeten Kulturen besonders betonen. In einer ersten Reihe wurden Agarreinkulturen auf die vorher mechanisch oder chemisch gereizte Haut gebracht (die Versuche sind bis auf wenige Ausnahmen auf vorher gereizter Haut angestellt worden), und es entstanden „typische Pusteln der Impetigo staphylogenes". In diesem Falle haben wir also reine Bakterienwirkung, die Bildung von Eiterpusteln vor uns. Ein zweiter Versuch, bei dem Staphylokokken aus Bouillonkulturen durch Filtrieren und nachherige Aufschwemmung des Filterbelages gewonnen wurden, blieb auf normaler Haut erfolglos, auf irritierter Haut „typische miliare Pusteln der Impetigo staphylogenes". Also auch hier reine Bakterieneinwirkung mit Ausschluß des Einflusses der durch sie erzeugten Toxine. Die dritte Versuchsreihe ist mit gefilterten Bouillonkulturen angestellt, die also wohl alle Toxine, jedoch keine Bakterienleiber mehr enthielten. Nach 24stündigem Verweilen solcher Filtrate auf der Haut der Verff. selbst konnte Rötung und Schwellung, ferner außerordentlich viele derbe, rote Knötchen, die in kleinen Gruppen beisammen standen, festgestellt werden. Starker Juckreiz und bei längerem Verweilen des Filtrates (48 Stunden) Steigerung des Effektes bis zur Bläschenbildung. Speziell dieser

Digitized by Google

Versuch gelang nur mit alten Kulturen (Staph. pyog. alb.) und nicht unter 20 Stunden Einwirken des Filtrates auf die Haut.

Verff. sind der Überzeugung, echte Ekzeme durch Toxinwirkung erzeugt zu haben. Später schreiben sie wörtlich: „ . . . Solche Kulturfiltratekzeme sind in bezug auf ihre Symptome und ihren Verlauf ganz gleich den durch chemisch reizende Agentien entstandenen Ekzemen." In der vierten Reihe endlich wurden Impfversuche mit nicht gefilterten Bouillonkulturen von Staph. pyog. alb. angestellt und auch hiermit Ekzeme hervorgerufen. Bei diesem letzten Versuch wirkten Bakterien und deren Toxine auf die Haut ein, und die Autoren ziehen aus diesem Resultat (Erzeugung von Ekzem) den Schluß, daß bei Anwesenheit beider die Toxinwirkung überwiegt.

Wie natürlich, stieß diese Arbeit auf heftigen Widerspruch und wurde besonders die Behauptung, daß durch Staphylokokkenvakzine allein echtes Ekzem zustande kommen könne, von vielen Seiten abgelehnt. So berichtet z. B. Fritz Veiel, der die Versuche nachprüfte, daß er nur eine vorübergehende Dermatitis hervorrufen konnte. In welchem Zusammenhang nun tatsächlich Ekzem und Bakterien stehen, ob die Wirkung der letzteren primär oder sekundär ist, dies zu entscheiden kann und soll nicht der Zweck dieser Arbeit sein. Dagegen ist die Ansicht, daß zum mindesten bei den echten Ekzemen irgend eine Beeinflussung durch Bakterien möglich ist, nicht von vornherein vollkommen abzulehnen. Daß diese Beeinflussung auch in einer Sensibilisierung der Haut von Ekzemkranken gegen die Toxine ihrer eigenen Kokken bestehen kann, versucht diese Arbeit zu beweisen. Von den verschiedenen Arbeiten, die sich mit dem Zusammenhang von Bakterien und Ekzem beschäftigen, erwähne ich noch die von Bruck und Hidaka, Elliot, Frederic, Galoway und Eyre, Gilchrist und Montegazza. Ihre Arbeiten leiten über zu den experimentellen Versuchen der letzten Jahre, die von Emmerich, Lehner und besonders Rajka veröffentlicht wurden.

Rajka benutzt bei seinen Versuchen Autovakzinen und verwendet sie einmal in der Weise, die Ponndorf angegeben hat; da er damit aber keine Erfolge erhält, so werden die Ekzematikerautovakzinen den Pat. subkutan einverleibt, und zwar womöglich in der Nähe der Ekzemherde. Außerdem kommen digerierte Vakzinen in Anwendung, und zwar solche, die mit normalem Serum, solche, die mit Ekzematikerserum und endlich Vakzinen, die mit Ekzembläscheninhalt in Berührung waren. Die Lokalreaktionen waren größer als bei den Kontrollen; von den drei digerierten Vakzinearten wirkte die mit normalem Serum am schwächsten, die mit Ekzembläscheninhalt am stärksten. Die Herdreaktionen waren in vielen Fällen nicht nur in der Nähe der Impfstellen, sondern auch an ferngelegenen Orten durch stärkere Hyperämie und verstärkte seröse Exsudation ausgeprägt. Die ekzematöse Allergie scheint Verf. demnach zweifelsohne vorhanden.

Meinen eigenen Versuchen liegt das Bestreben zugrunde, auf normaler Haut von Ekzematikern, fern von den mit Ekzem befallenen Stellen durch Bakterien und deren Toxine Erscheinungen hervorzurufen, die man als Zeichen der Überempfindlichkeit auffassen muß. Dazu wurden aus frischen Ekzembläschen gezüchtete Reinkulturen von Staphylokokken (meist Staph. pyog. alb.) verwendet und mit ihnen in der später angegebenen Weise die Versuche durchgeführt. Die Technik war die, daß eine vierfache Lage Gaze mit der entsprechenden Menge Versuchsflüssigkeit getränkt, mit wasserundurchlässigem Stoff (Guttapercha, Ölpapier) bedeckt und mit Leukoplast luftdicht befestigt wurde. Dieser Verband, meist auf Brust oder Rücken angelegt, blieb gewöhnlich über Nacht (15 Stunden) liegen, und das Resultat wurde bei der Abnahme

Digitized by Google

sowie 24 Stunden später notiert. Natürlich wurden bei allen Versuchen Kontrollen sowohl mit Aqua fontis wie mit steriler Bouillon, immer mit den Versuchen gleichlaufend, angestellt.

Um einen Vergleich zu haben, sind die Experimente nicht nur an Ekzematikern, sondern auch an Pat. mit Follikulitiden und Furunkulosen gemacht worden, wo also die staphylogene Ätiologie allgemein anerkannt ist. Außerdem sind auch hautgesunde (gon. inf.) Pat. zu den Versuchen herangezogen worden.

Ich will nun einige typische Fälle auszugsweise wiedergeben:

Erste Versuchsreihe:

Fall 1. Männlicher Pat. S., Diagnose: Chronisches Ekzem des Halses und oberen Teiles der Brust, Ekzem des äußeren Ohres.

Fall 2. Männlicher Pat. K., Diagnose: Furunkulose.

Bei Fall 1 wird aus einem getrübten Bläschen, bei Fall 2 aus einem Furunkel auf Agar abgeimpft. Die dreitägigen Kulturen werden mit physiologischer NaCl-Lösung abgeschwemmt und beide Abschwemmungen beiden Pat. in der beschriebenen Weise frisch aufgelegt. Nach 20 Stunden werden die vier Verbände abgenommen, und die Pat. zeigen folgenden Status:

Fall 1 (Ekzematiker): Unter der homologen Aufschwemmung Rötung, einige entzündete Follikel und meist getrübte Bläschen. Nach 24 Stunden alle Bläschen getrübt. Der heterologe Stamm rief auch eine Reizung hervor, aber die Zahl der Bläschen war geringer als beim eigenen Stamm; auch sie trübten sich sehr rasch.

Fall 2 (Furunkulose): zeigt unter dem eigenen Stamm keine Reaktion, während der Stamm 1 eine geringe Reaktion in Form von wenigen follikulären Bläschen auslösen konnte.

Die Tatsachen dieser Versuche sind folgende: Sowohl der Ekzematiker wie auch der mit Furunkulose behaftete P. antwortet auf Aufschwemmungen von virulenten Staphylokokken, und zwar der eigenen wie der fremden Stämme mit Follikulitiden. Die größere Reaktion des Ekzematikers ist dabei vielleicht beachtenswert.

Um auch die Wirkung der Toxine zur Geltung kommen zu lassen, wird von nun ab nur mit Bouillonkulturen gearbeitet.

Zweite Versuchsreihe:

Von den drei Tage alten Bouillonkulturen wird ein Teil durch fraktioniertes Erhitzen im Wasserbad avirulent gemacht (Kontrolle nicht bewachsen), der andere Teil tritt virulent in Verwendung.

Fall 1 bekommt nach der beschriebenen Versuchstechnik:
a) den eigenen Stamm virulent,
b) den eigenen Stamm abgetötet,
c) Stamm 2 virulent.

Fall 2. a) Eigener Stamm virulent,
b) eigener Stamm abgetötet,
c) fremder Stamm virulent.

Fall 3. Männlicher Pat. M., Diagnose: postskabiöse Furunkel.
a) Eigene virulente, drei Tage alte Bouillonkultur,
b) virulente Kultur von Fall 1.

Fall 4. Männlicher Pat. Sch., Diagnose: Epididymitis dextra.
a) Virulenter Stamm 1,
b) virulenter Stamm 2.

Fall 5. Männlicher Pat. C., Diagnose: Epididymitis sinistra.
a) Virulenter Stamm 1,
b) virulenter Stamm 2.

Resultate:

Fall 1. a) Auf geröteter Grundlage follikuläre Knötchen und vereinzelte Bläschen. 24 Stunden nach der Abnahme reichlich Bläschenbildung, wenige von ihnen getrübt.
b) Ohne Reaktion,
c) ohne Reaktion.

Digitized by Google

Fall 2. a), b) und c) zeigen bei gleicher Einwirkung normale Haut.
Fall 3. a) und b) keine Reaktion.
Fall 4. a) und b) keine Reaktion.
Fall 5. a) und b) keine Reaktion.
Bei allen Versuchen dieser Versuchsreihe lagen die Verbände 15 Stunden, die Kontrollen (sterile Bouillon) waren sämtlich negativ.

Aus dieser zweiten Versuchsreihe, unternommen mit drei Tage alten Bouillonkulturen, die teils durch Erhitzen im Wasserbad abgetötet, teils virulent zur Verwendung kamen, läßt sich feststellen, daß der Ekzematiker auf seinen eigenen Stamm, der virulent aufgelegt war und 15 Stunden liegen blieb, mit Knötchen- und Bläschenbildung antwortet. Die im Wasserbad fraktioniert bei 70° abgetötete Kultur löst keine Reaktion aus, ebensowenig wie der fremde, von einer Furunkulose stammende, auch virulent aufgelegte Stamm. Die Furunkulose- wie die Gonorrhoepatienten reagieren weder auf den Ekzemstamm, noch auf andere Stämme mit irgend welchen Erscheinungen. Die behandelte Haut ist nicht einmal gerötet, sondern vollkommen normal.

Dritte Versuchsreihe:
Fall 1. Pat. ist in der Zwischenzeit behandelt worden, sein Ekzem ist im Abheilen.
a) Eigener virulenter Stamm.
Fall 6. Männlicher Pat. V., seit sieben Jahren bestehendes chronisches Ekzem beider Hände und Arme, sowie ekzematöse Effloreszenzen auf der Brust.
a) 3tägige Bouillonkultur von Fall 1,
b) 4tägige eigene Bouillonkultur,
c) 4tägige Kultur von Fall 2.
Fall 7. Männlicher Pat. V., Diagnose: Dermatitis arteficialis manus utriusque. Pat. ist Anstreicher und hat daher viel mit Bleifarben zu tun.
a) 4tägige Kultur von Fall 2,
b) 2tägige eigene Bouillonkultur,
c) 3tägige eigene Bouillonkultur.
Fall 8. Männlicher Pat. Gl., Diagnose: chronisches Ekzem des Kopfes und Gesichtes.
a) 4tägiger Stamm von Fall 2,
b) 3tägiger eigener Stamm.
Fall 9. Männlicher Pat. Va., Diagnose: Folliculitis capitis.
a) 4tägiger Stamm von Fall 2,
b) 3tägige eigene Bouillonkultur.
Auch diese Verbände blieben 15 Stunden liegen. Kontrollen negativ.
Resultate:
Fall 1. a) Auf leicht geröteter Unterlage zahlreiche Knötchen, keine Bläschen. Nach 24 Stunden vereinzelte klare Bläschen. Im ganzen ist die Reaktion bedeutend geringer als bei Versuchsreihe 2.
Fall 6. a) Bei Abnahme wenige Knötchen. Nach 24 Stunden einige neue Knötchen, keine Bläschen. Unterlage gerötet.
b) Auf geröteter Unterlage zahlreiche follikuläre Knötchen und wenige kleinste, helle Bläschen,
c) keine Reaktion.
Fall 7. a) Auf blasser Unterlage einige gerötete Follikel. Nach 24 Stunden sind keine neuen Effloreszenzen hinzugekommen, hingegen haben sich die alten zu entzündeten follikulären Eiterpusteln entwickelt.
b) und c) keine Reaktion.
Fall 8. a) Gerötete Follikel auf der durch den Gazetupfer bedeckt gewesenen Stelle, vereinzelte schon sehr bald getrübte Bläschen, die sich nach 24 Stunden zu Eiterpusteln entwickelt haben. Pat. verspürte keinen Juckreiz.
b) Unterlage im allgemeinen gerötet, darauf zahlreiche Knötchen und vereinzelte helle Bläschen. Nach 24 Stunden Zunahme der Bläschen.
Fall 9. a) Keine Reaktion,
b) keine Reaktion.

Digitized by Google

Die Ergebnisse der dritten Versuchsreihe lassen sich wie folgt zusammenfassen: Fall 1 (chronisches Ekzem) zeigt bei Wiederholung des Versuches eine bedeutend geringere Reaktion als in Versuchsreihe 2, immerhin aber doch eine deutliche Reizung. Bei Fall 6 (chronisches Ekzem) entsteht bei Behandlung mit dem Stamm 1 (Ekzem) geringe Reaktion, mit dem eigenen Stamm stärkere Reaktion, wie nach den Versuchen an Fall 1 zu erwarten war. Dasselbe Resultat ist bei dem chronischen Ekzem Fall 8 zu konstatieren. Fall 7 (Dermatitis artef.) gibt auf den eigenen Stamm keine Reaktion, hingegen antwortet er, wie auch Fall 8, auf die Impfung mit Stamm 2 (Furunkulose) mit ausgesprochenen Follikulitiden. Die Folliculitis capitis antwortet weder auf den eigenen, noch auf fremde Stämme mit einer Reizung.

Vierte Versuchsreihe.

Bei den nun noch folgenden Versuchen wurde mit dem Filtrat aus Bouillonkulturen gearbeitet, um so die Bakterientoxine allein wirken zu lassen. Das Filtrat wurde durch Benutzung eines Berkefeldfilters gewonnen. Die zur Filtration gelangenden Stämme waren durchschnittlich zehn Tage alt. Die Filtrate sind vor ihrer Verwendung auf ihre Sterilität geprüft.

In der gleichen Überlegung angestellte Versuche mit Staphyloyatren erübrigt sich anzuführen, da sie ohne Resultat verliefen.

Fall 6. Pat. hatte zur Zeit dieser Versuche einen frischen Schub seiner Krankheit.
a) Eigene gefilterte Kultur,
b) gefilterte Kultur von Fall 8,
c) gefilterte Kultur von Fall 7.
Fall 7. a) Eigene gefilterte Kultur,
b) gefilterte Kultur von Fall 6.
Fall 8. a) Eigene gefilterte Kultur.
Fall 10. Männlicher Pat. Ka., Diagnose: Eczema universale.
Gefilterte Kultur von Fall 8.
Fall 11. Männlicher Pat. Schr., Diagnose: Prostatitis gon. acuta.
a) Gefilterte Kultur von Fall 6.
b) gefilterte Kultur von Fall 8.
Fall 12. Männlicher Pat. R., Diagnose: Epididymitis gon.
a) Gefilterte Kultur von Fall 6.
b) gefilterte Kultur von Fall 8.

Die in bekannter Weise angelegten Verbände wirkten 15 Stunden auf die Haut ein; die Kontrollen mit steriler Bouillon waren gleichfalls negativ.

Resultate:

Fall 6. a) Der ganze Hautbezirk gerötet und mit zahlreichen follikulären Knötchen wie vereinzelten kleinsten hellen Bläschen bedeckt. Nach 24 Stunden Reaktion etwas verstärkt.
b) Auch hier auf geröteter Basis viele Knötchen und mehrere Bläschen.
c) Geringe Rötung mit ganz vereinzelten Knötchen.
Fall 7. a) und b) keine Reaktion.
Fall 8. Pat. zeigt auf geröteter Haut vielfache Knötchen, keine Bläschenbildung.
Fall 10. Auch hier zahlreiche Knötchen auf geröteter Haut, ohne Bläschenbildung.
Fall 11. a) und b) keine Reaktion.
Fall 12. a) und b) keine Reaktion.

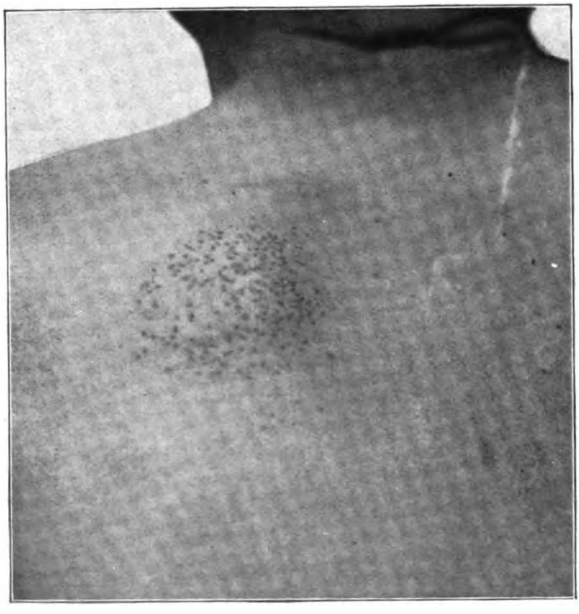
Aus dieser Versuchsreihe ergeben sich folgende Tatsachen. Auch mit gefilterten Bouillonkulturen sind Reaktionen bei Ekzematikern deutlich zu erzielen, und zwar wirkt der eigene Stamm am stärksten. Fall 7, die Dermatitis artef., zeigt weder mit dem homologen Stamm, noch mit heterologen Stämmen eine Veränderung der be-

Digitized by Google

handelten Haut, ebenso wie die beiden Kontrollfälle 11 und 12 ohne Reaktion bleiben. Hingegen ergab bei Fall 6 der Versuch mit dem Stamm 7 aus der Dermatitis artef. geringe Rötung, während auch hier die sterile Bouillonkultur negativ verlief.

Wir gingen von der Frage aus, läßt sich bei Ekzematikern eine Überempfindlichkeit gegen Kokken und deren Toxine nachweisen? Ich glaube, daß man diese Frage bejahen kann, wenn man die eben im Auszug wiedergegebenen Versuchsreihen von diesem Gesichtspunkt aus betrachtet.

In der ersten Versuchsreihe, in der nur Staphylokokken allein zur Wirkung kamen, da bekanntlich bei Züchtung auf Agar nur sehr geringe Mengen Toxine gebildet werden, die man bei Beurteilung unserer Frage vernachlässigen kann, reagieren der Ekzematiker wie der Furunkulosekranke beide mit ausgesprochenen Follikulitiden. Die Reaktion des ersteren ist allerdings entschieden stärker als die des Furunkulosekranken, und man könnte diese Tatsache bereits als Zeichen einer spezifischen Überempfindlichkeit auffassen. Doch kann man sie ebensogut mit der allgemeinen leichten Reizbarkeit der Ekzemkranken überhaupt erklären. Dieser Unterschied in der Reaktion sei daher bei Beurteilung unserer Frage nicht in Betracht gezogen.



Zweite Versuchsreihe: Fall 1, a. Aufgenommen 24 Std. nach Abnahme des Verbandes.

Bei der zweiten Versuchsreihe dagegen ist der Unterschied in der Reaktionsart zwischen Ekzematiker und anderen Pat. wesentlich deutlicher. Es reagiert nämlich der Ekzematiker als einziger von fünf Versuchspersonen mit Rötung, Knötchenbildung und kleinsten, klaren Bläschen auf der mit seinem eigenen Stamm behandelten Stelle (s. Abb.). Wir sehen hier genau dasselbe Bild, das wir beobachten konnten, als bei demselben Pat. eben zum Vergleiche eine Krotonöldermatitis hervorgerufen wurde, also das Bild einer akuten Dermatitis arteficialis, nicht das einer Impetigo oder einer Follikulitis. Hier möchte ich auch über die Abheilung der in meinen Versuchen erzeugten Dermatitiden nachtragen, daß sie sämtlich unter bloßer Puderbehandlung eintrockneten, um dann unter leichter Schuppung rasch ganz abzuheilen. Auch das

Digitized by Google

spricht für meine Deutung der Reaktionen, denn gerade akute artefizielle Dermatitiden heilen bei Fortfall der äußeren Reize unter mildester Behandlung in Kürze ab. Hingegen waren die in der ersten Versuchsreihe mit Agarabschwemmungen erzeugten wie die in den Fällen 6 und 7 gesetzten (Furunkulosestamm) Follikulitiden bedeutend schwerer zur Abheilung zu bringen.

Noch auffallender ist die eigene Reaktionsart der Ekzemkranken in der dritten Versuchsreihe, wo mehrere derartige Kranke zur Verfügung standen, denn wir sehen, daß sie alle im Gegensatz zu den Kontrollfällen auf aus Ekzembläschen gezüchtete Stämme mit einer Dermatitis reagieren. Nebst dieser den Ekzematikern sichtlich eigenen Reaktionsart sind aber auch in der Reaktionsstärke gewisse Schattierungen zu erkennen. So reagieren alle Fälle auf ihre eigenen Stämme weitaus am stärksten, wenn es auch bei Verwendung fremder Ekzemstämme immer zu einer eindeutigen Reaktion kommt. Die Haut des Ekzematikers scheint demnach gegen die Toxine, die die in seinen Krankheitsherden lebenden Kokken produzieren, sensibilisiert zu sein. Daß fremde Ekzemstämme ähnliche, wenn auch schwächere Erscheinungen der Überempfindlichkeit hervorrufen, läßt vielleicht auf eine gewisse Verwandtschaft der verschiedenen Ekzemstämme schließen. Weiter wurde in den Versuchen klar, daß die Reaktion dann am stärksten auftrat, wenn sich auch das Ekzem des Kranken in einem akuten Stadium befand. Bei Fall 1 z. B. ist die Dermatitis in der dritten Versuchreihe, wo das Ekzem in Abheilung begriffen war, wesentlich geringer ausgeprägt, als im akuten Stadium in der zweiten Versuchsreihe.

Während die zweite und dritte Versuchsreihe eine gesteigerte Empfindlichkeit der Ekzemkranken gegenüber Ekzemstämmen, in Bouillon gezüchtet, anschaulich machen, läßt die vierte Versuchsreihe einen Schluß über das dabei wirksame Agens zu. In der ersten Versuchsreihe wirkten die virulenten Bakterien, ohne daß ihre Toxine zur Geltung kamen. Das Resultat waren Follikulitiden. Die zweite und dritte Versuchsreihe arbeitete mit virulenten Bouillonkulturen, und es konnten so die besprochenen Reaktionen erzielt werden. Da hier sowohl Bakterien wie deren Toxine zur Wirkung kamen, so konnten auch beide als wirksames Agens meiner Versuche angesprochen werden, wenngleich von vornherein zu vermuten war, daß den gebildeten Toxinen die Hauptrolle zufiele. Um das zu entscheiden, wurde die vierte Reihe Versuche unternommen, und diese zeigten auch tatsächlich, daß mit gefilterten Bouillonkulturen (reine Toxinwirkung!) die gleichen Resultate zu erzielen sind. Daraus ist demnach der Schluß zu ziehen, daß für das Zustandekommen der in dieser Arbeit beschriebenen Versuche die Toxinwirkung der in Ekzembläschen lebenden Kokken von ausschlaggebender Bedeutung ist. Daß über 70° erhitzte Bouillonkulturen keine Wirkung in unserem Sinne hatten, spricht nicht dagegen, denn dadurch werden nicht nur die Bakterien abgetötet, sondern durch Erwärmen über 56° auch die Toxine geschädigt.

Zusammenfassend läßt sich also feststellen:

1. Beim Ekzemkranken kann man mit aus Ekzembläscheninhalt in Bouillon gezüchteten Kokkenkulturen, sowohl des

Digitized by Google

eigenen wie des fremden Stammes, akute artefizielle Dermatitiden erzeugen.

2. Das dabei wirksame Agens sind die von den Kokken gebildeten Toxine.

Als Erklärung meiner Versuche möchte ich folgende Überlegung für die wahrscheinlichste halten: Durch die beim Ekzem vorkommenden Kokken werden Toxine gebildet, die vielleicht in Gemeinschaft mit anderen dabei entstehenden Giftstoffen zu einer Allergie des Ekzemkranken führen, wie sie auch RAJKA annimmt. Die Allergie äußert sich in einer Sensibilisierung der Haut des Ekzematikers gegen ebendiese Toxine, und so ist es möglich, daß der Ekzemkranke, wenn man ihm diese Toxine auf die gesunde Haut auflegt, mit einer Dermatitis antwortet, ähnlich wie wir das auch bei chemisch definierten Stoffen (Haarfärbemittel) und auch bei chemisch noch nicht differenzierten Stoffen finden (Primeldermatitis, Spargeldermatitis).

Literatur.

BENDER, Die Ätiologie des Ekzems. 73. Vers. deutsch. Naturf. u. Ärzte, Ref. Arch. f. Derm., Bd. 61, S. 426. — BENDER, BORCHHARDT u. v. GERLACH, Experimentelle Untersuchungen über die Ätiologie des Ekzems. Mh. f. pr. Derm., Bd. 33, S. 149, Orig. — BORCHHARDT, Untersuchungen über die parasitäre Natur des Ekzems. Mh. f. pr. Derm., Bd. 33, S. 421, Orig. — BRUCK u. HIDAKA, Biologische Untersuchungen über die Rolle der Staphylokokken bei Ekzemen. Arch. f. Derm., Bd. 100, S. 165, Orig. — ELLIOT, Die Rolle der Eiterorganismen in Hauterkrankungen. Ref. Arch. f. Derm., Bd. 58, S. 296. — FRÉDÉRIC, Zur Ekzemfrage. M. m. W., 1901, S. 1484, Orig. — GILCHRIST, Bakteriologische und mikroskopische Untersuchung von 300 vesikulösen und pustulösen Hautläsionen. Ref. Arch. f. Derm., Bd. 58, S. 297. — GALLOWAY u. EYRE, A study of certain staphlocci producing with cultures found in Ekzema. Ref. f. Derm., Bd. 59, S. 292. — HILGERMANN, Die Therapie und Ätiologie der chronischen Hautekzeme. M. m. W., 1921, S. 702. — LEHNER, EMERICH u. RAJKA, Klinische und experimentelle Beiträge zur Kenntnis der Rolle der Überempfindlichkeit bei der Entstehung der Hautentzündung. Arch. f. Derm., Bd. 146, S. 253, Orig. — MANTEGAZZA, Beitrag zum Studium der Hämolysine und Agglutinine der Staphylokokken in der Dermatologie. Ref. Mh. f. pr. Derm., Bd. 93, S. 49. — RAJKA, Untersuchungen über die Ätiologie des Ekzems. Arch. f. Derm., Bd. 141, S. 32, Orig. — RAJKA, Untersuchungen über die Hautüberempfindlichkeit beim Ekzem. Kl. W., 1923, S. 2238, Orig. — SCHÖNHOF, Spargeldermatitis. Derm. W., Bd. 79, Nr. 42a. — UNNA, Die parasitäre Natur des Ekzems. Pariser internat. Derm.-Kongr., 1900. — UNNA, Histopathologie. Verl. Hirschwald. — VEIEL, Die Staphylokokken des chronischen Ekzems. M. m. W., 1904, H. 1, Orig. — THEODOR u. FRITZ VEIEL, Die Therapie des Ekzems. Verl. Marhold, Halle.

Aus der dermatologischen Abteilung des Städtischen Krankenhauses Altona
(Leiter: Prof. Dr. BRUCK).

Zur Pharmakologie und Toxikologie des Wismuts.

Von

J. G. HECKELMANN.

Das Wismutmetall, das als solches und in seinen Verbindungen als antiluetisches Mittel in den letzten Jahren so viel Aufsehen erregt hat, ist, soweit bekannt, erst im Mittelalter entdeckt worden. BASILIUS VALENTINUS, der im 15. Jahrhundert lebte, erwähnt es zuerst als metallischen Körper. Wismuthaltiges Erz wurde zuerst im Erzgebirge abgebaut, „gemutet", und zwar „auf der Wiesen", woher der Name Wismut stammen soll. Klarheit über die Natur des Wismuts brachten erst die Untersuchungen

Digitized by Google

Potts, Geoffroys und Bergmanns im 18. Jahrhundert. Vorher wurde es teils mit anderen Metallen verwechselt, teils als Verbindung angesehen. Schon im Beginn des 18. Jahrhunderts wurden Wismutverbindungen als Schminke unter dem Namen „Spanisches Weiß" angewandt und schon damals wurden Intoxikationserscheinungen beobachtet, und zwar wurden große Angst, Krampfanfälle und Zuckungen der Gesichtsmuskulatur beschrieben. Wieviel von den Intoxikationserscheinungen wir auf Verunreinigungen des Wismuts, hauptsächlich mit Arsen und Antimon, wie sie bis in die 2. Hälfte des 19. Jahrhunderts häufig waren, zurückzuführen haben, läßt sich nicht bestimmen, sicher haben sie aber lange eine bedeutende Rolle gespielt. Innerlich wurde, soweit bekannt, das Wismut als Wismutsubnitrat unter dem Namen „Magisterium Bismuti" zum erstenmal von Odier (1786) als Mittel gegen Magenkrämpfe angewandt und ist bekanntlich bis in die neueste Zeit die in der Medizin am meisten angewandte Verbindung des Wismuts geblieben. Zunächst bei Magen-Darmerkrankungen angewandt, erweiterte sich das Indikationsgebiet der Wismutverbindungen seit der 2. Hälfte des 19. Jahrhunderts erheblich. Damit wurden auch die Forschungen über seine pharmakologische Wirkung angeregt. Orfila injizierte Hunden Wismutnitrat in die Jugularvenen und stellte als Vergiftungssymptome fest: Angst, Ekel, Erbrechen, Durchfall oder Verstopfung, Koliken, Frost, Schwindel, erschwerte Respiration, Lividität der Mundschleimhaut, hochrote Färbung der Magenschleimhaut, rote Flecken im Duodenum, Geschwüre in der Mitte des Pylorus. In Darm, Leber und Milz wies er Wismut nach. Wenn wir auch hier noch einen Teil der Erscheinungen auf Verunreinigungen des Mittels zurückzuführen geneigt sind, so sehen wir doch, daß die Anschauung über die toxische Wirkung des Wismuts im großen und ganzen mit unserer heutigen übereinstimmt. Im Beginn des 20. Jahrhunderts wurde zuerst die Aufmerksamkeit durch hauptsächlich zwei weitere Anwendungsgebiete des Wismuts auf seine toxischen Eigenschaften gelenkt; einmal, da man, in selteneren Fällen, bei der Anwendung von Wismutverbindungen als Kontrastbrei in der Röntgenologie und zweitens bei der Anwendung von Wismut und Wismutverbindungen als Wundmittel schwere Vergiftungserscheinungen auftreten sah. So wurden z. B. von Kocher und anderen Todesfälle nach Verwendung von reinem Wismut als Streupulver bei ausgedehnten Wunden berichtet. Um die Erforschung der toxischen Wirkung des Wismuts haben sich Meyer und Steinfeld besonders verdient gemacht, die 1885 Tieren lösliche Wismutsalze injizierten. Ferner Zollinger, der 1912 eine Zusammenstellung der in den letzten Jahren beobachteten Wismutschädigungen gab, an die er experimentelle Forschungen anknüpfte. Diese Arbeiten geben uns schon eine recht genaue Darstellung der Symptome und pathologisch-anatomischen Veränderungen bei Wismutvergiftung.

Auch der Gedanke, Wismut als Antiluetikum zu verwenden, ist nicht neu. Daß die praktische Anwendung so lange auf sich warten ließ, lag zum großen Teil in unglücklichen Zufälligkeiten. Balzer, der als erster Wismut als Antisyphilitikum vorschlug, brach seine Versuche an Hunden ab, da er eine interkurrente Augenerkrankung als durch eine geringe Wismutdosis herbeigeführt ansah. Die Forschungen wurden von neuem angeregt durch Sauton und Robert, die Hühnerspirillose mit Wismutsalzen heilten. Sazerac und Levaditi führten schließlich das Wismut auf Grund eingehender Forschungen als Antisyphilitikum ein. Am 30. VI. 1921 berichteten Levaditi und Sazerac in der Sitzung der Soc. franç. de Derm. über das Verschwinden der Spirochäten aus infizierten Kaninchenhoden durch Behandlung mit Wismutsalzen. Am 1. VIII. 1921 konnten sie ebenda berichten, daß auch Menschensyphilis durch Wismutverbindungen beeinflußbar sei. Die neue Syphilisbehandlung führte sich schnell in allen Kulturländern ein, und es ist in den 3 Jahren, die seitdem vergangen sind, umfangreiche Arbeit in der Erforschung der Wirkung des Wismuts geleistet worden.

Toxizität.

Fast alle Forscher, die die Wirkung des Wismuts prüften, geben mit größerem oder geringerem Vorbehalt, teilweise auch mit Enthusiasmus seine Wirkung auf die Syphilis zu, aber auch fast ebensooft wurde von mehr oder weniger ins Gewicht fallenden Nebenerscheinungen berichtet. Bei welchen Dosen können wir nun erwarten, vor Nebenerscheinungen einigermaßen geschützt zu sein, wie verhält sich dazu die therapeutische Dosis und von welchen Umständen sind die Nebenwirkungen abhängig? Da diese Fragen nur bedingt in den Rahmen dieser Arbeit gehören, werde ich mich hierüber möglichst kurz fassen. Die Toxizität des Wismuts ist in hohem Grade von mehreren Faktoren abhängig, so daß es schwer fällt, eine auch nur annähernd gültige

Digitized by Google

Maximaldosis anzugeben. Erstens spielt offenbar die chemische Verbindung des Wismuts eine wichtige Rolle. Schon Zollinger wies an Hand von Tierversuchen nach, daß bei intramuskulärer Injektion Wismut-Eiweißverbindungen erheblich toxischer wirken als anorganische Wismutverbindungen. Die verschiedene Toxizität der Wismutverbindungen ist aber offenbar nicht durch das Molekül an sich, sondern durch seine chemisch-physikalischen Eigenschaften, wie Löslichkeit, Eiweißbindungsvermögen und ähnliche Faktoren bedingt. Selbstverständlich ist die Toxizität in hohem Grade von der Löslichkeit der Wismutverbindungen abhängig. Eine schwer lösliche Verbindung, wie z. B. das Wismutkarbonat, bleibt wie eine Plombe im Muskel liegen und wird nur sehr langsam resorbiert und kann dementsprechend nur langsam seine Wirkung entfalten. So fand z. B. Müller, daß bei intramuskulärer Injektion unlöslicher Salze in Olivenöl 400 mg Bi pro Kilogramm Kaninchen noch nicht schädlich wirken, während lösliche Salze in Ölemulsion schon bei einem Gehalt von 100 mg Bi toxisch, bei 200 mg Bi letal wirken.

Zum Beweis, daß auch Wismutverbindungen von ähnlicher Löslichkeit verschiedene Toxizität besitzen, stellte Giemsa Versuche mit Wismutnatriumsalzen der Weinsäure an. Es waren dies Doppelsalze, bei denen 1, 2 oder 3 Wasserstoffatome der alkoholischen bzw. Karboxyhydroxyle durch entsprechend viel Bi-O-Gruppen ersetzt wurden. Da das Dinatriumtartrat an sich praktisch ungiftig ist, konnte die Toxizität nur auf das Wismut bezogen werden. Mäuse vertrugen nun bei subkutaner Anwendung ganz verschieden viel Wismut, je nachdem welches Präparat angewandt wurde, und zwar war das Verhältnis wie 1 : 34 : 68,5. Bei Kaninchen lag das Verhältnis allerdings ungünstiger, doch verhielt sich die Toxizität der einzelnen Präparate noch wie 1 : 5,4 : 8,1. Ebenso wissen wir, daß bei Wismutalkalitartraten die toxische Dosis etwa 100 mg Bi pro Kilogramm Kaninchen bei subkutaner Anwendung beträgt, während unter gleichen Bedingungen die toxische Dosis der Wismutzitrate weniger als 50 mg beträgt. Auch Kolle kam zu einem ähnlichen Resultat. Bei intravenöser Applikation sind die Unterschiede allerdings geringer, doch besteht auch hier noch ein deutlicher Unterschied. Diese Tatsache weist darauf hin, daß hierbei Resorptionsverhältnisse und vielleicht noch andere Umstände von Wichtigkeit sind. Nach den Arbeiten von Giemsa, Weise und Sei erklärt sich die verschiedene Toxizität wie auch die therapeutische Wirksamkeit der verschiedenen Wismutverbindungen zum Teil durch die verschieden starke Bindung des Wismuts an die Eiweißkörper des Gewebes. Sei wies nach, daß je schneller und vollständiger die Bindung des Wismuts an das Eiweiß erfolgte, um so geringer die toxische Wirkung des Präparates war. Das erklärt er so, daß bei intramuskulärer und subkutaner Injektion das an die Serumproteine gebundene Wismut zunächst liegenbleibt und nur das molekular gebliebene Wismut in den Kreislauf aufgenommen wird. Das ähnliche Verhalten bei intravenöser Injektion ist so zu deuten, daß das an die Serumproteine gebundene im Blut kreisende Bi für die Organe unschädlich ist. Ob und wie später die Aufspaltung der Wismuteiweißverbindungen vor sich geht, ist noch unbekannt.

Felke hält die Schnelligkeit der Resorption für abhängig von der Größe und leichten Angreifbarkeit des Anions des injizierten Bisalzes und meint, daß je kleiner das Anion des Bisalzes ist, um so langsamer die Resorption und damit die toxische und therapeutische Wirkung des Präparates ist. Das kleinste Molekül hat Bi colloidale, bei dem Resorption und Wirkung sehr langsam vor sich geht, die Schnelligkeit beider steigt mit wachsendem Molekül bei Trépol, Bismogenol, Bisan, Quinby usw.

Nach Sei soll bei Injektion löslicher Wismutverbindungen die Konzentration eine Rolle spielen. Injizieren wir stark konzentrierte Lösungen subkutan oder intramuskulär, so kommt es durch das starke Eiweißbindungsvermögen zu Niederschlägen und eng begrenzten Infiltraten, aus denen die Resorption erschwert ist. Bei intravenöser Injektion ist es umgekehrt. Bei Konzentration über 1% nimmt die Toxizität zu. Vielleicht entsteht eine größere Teilchengröße von Wismuteiweißverbindungen, deren Abbau für den Organismus ungünstiger ist.

Ein weiteres Moment, von dem die Toxizität wesentlich abhängig ist, ist bei wiederholter Injektion von Wismutpräparaten das Intervall zwischen den einzelnen Injektionen. Das ist leicht verständlich bei der durch die langsame Ausscheidung und die begrenzte Speicherung durch die Organe, auf die später noch näher eingegangen werden wird, bewirkten Summation. Es handelt sich bei den Intoxikationen, wie sie bei Menschen beobachtet werden, eigentlich nur um chronische Intoxikationen, da die übliche einmalige Dosis nie so hoch ist, daß dadurch ein reiner Wismuttod erfolgen könnte. Die vereinzelten Todesfälle, auf die später noch eingegangen werden wird, lassen sich kaum auf das Wismut allein zurückführen. So sah Felke bei Injek-

Digitized by Google

tionen von 0,1 Bi bei einem Invervall von 2 Tagen bis zu einer Gesamtdosis von 1,0 bis 1,5 g Bi Epithelurien und Albuminurien leichtesten Grades auftreten, die vermieden wurden, wenn nach 4—5 Injektionen eine Pause von 14 Tagen eingeschaltet wurde, wodurch der Erfolg nicht wesentlich abgeschwächt wurde. Millian und Périn sahen bei Injektionen von 2 ccm Trépol (0,128 g Bi) in 36% Stomatitis ulcerosa, in 11% Gingivitis und in 53% Bi-Saum, wenn die Injektion jeden 2. Tag ausgeführt wurde, dagegen bei einem Intervall von 2 Tagen nur in 10% Stomatitis, 15% Gingivitis, 10% Bi-Saum und in 5% keine Erscheinungen auftreten. Die stärkeren Nebenerscheinungen nahmen also erheblich ab.

Gleichmäßig geben ferner alle Forscher einen großen Unterschied in der Toxizität zwischen intramuskulärer resp. subkutaner und intravenöser Injektion an. Nach den mehrfach angestellten Untersuchungen wird intravenös nur ein Zehntel der Dosis wie subkutan vertragen. Giemsa kam zu folgendem Resultat (Toxizität auf den Gehalt an reinem Bi in Gramm bezogen und pro Kilogramm Tier berechnet):

	Kaninchen intravenös	Kaninchen subkutan	Mäuse subkutan
Dosis bene tol.	0,0007	0,007	0,028
Dosis toxica	0,0014	0,01	—
Dosis letalis	0,007	0,014	0,035

Aus obiger Tabelle ersehen wir ferner noch, daß die verschiedenen Tierarten eine verschiedene Toleranz dem Wismut gegenüber besitzen. Mäuse z. B. vertragen etwa dreimal soviel Bi auf 1 kg berechnet wie Kaninchen. Daraus ergibt sich also, daß wir die bei Tieren gefundenen Dosen kaum annähernd auf den Menschen übertragen können. Beim Menschen wiederum scheint die Toleranz individuell bedeutend zu schwanken. Bei unlöslichen Verbindungen von Wismut haben wir zudem die Dosierung nur sehr begrenzt in der Hand. Das injizierte Bi wird dann mehr oder weniger langsam resorbiert, in einzelnen Fällen ist es noch nach Monaten am Injektionsort nachgewiesen worden; manchmal kommt es hierbei zu Resorptionsschüben, die ganz unvermutet Vergiftungen auftreten lassen.

Nach dem Vorausgegangenen ist es wohl erklärlich, wenn wir keine genaue Maximaldosis, auf Bi bezogen, haben. Bei intravenöser Injektion liegt die höchste gebräuchliche Dosis bei 100 mg Bi, die übliche etwa bei 10 mg; bei intramuskulärer Injektion liegt die übliche einmalige Dosis bei 0,1 g, das Intervall bei der intravenösen beträgt etwa 2 Tage, bei der intramuskulären wird meist ein etwas längeres Intervall gelassen. Daß zum wenigsten bei intramuskulärer Applikation die üblichen Dosen erheblich unter den allgemein toxischen oder gar letalen liegen, dürfte bewiesen sein. Deelaers z. B. injizierte bei einer Reihe von Pat. 10 Tage lang je 2 ccm Bismogenol (0,1—0,12 g Bi), ohne toxische Erscheinungen zu beobachten. Prater veröffentlicht einen Fall, wo ein Pat. in einem Abstand von 3 Tagen zweimal 10 ccm Bismogenol (2mal 0,5—0,6 g Bi) erhielt, trotzdem bekam der Pat. erst am Abend nach der 2. Injektion Schmerzen, 7 Tage nach der 2. Injektion eine Stomatitis mittleren Grades, 6 Tage später Fieber, das 4 Tage anhielt, dann wieder normale Temperatur. Es bestanden keine Haut- und Darmerscheinungen. Im Urin ein Viertel pro mille Albumen, keine Formelemente. Vier Wochen nach der 1. Injektion bestanden keinerlei Erscheinungen mehr. An der hiesigen Derm. Abt. kam ferner ein Pat. zur Beobachtung, dem in ambulanter Behandlung von einem Arzte 15 ccm Casbis intramuskulär injiziert worden waren, ohne daß irgend welche Vergiftungserscheinungen auftraten.

Resorption, Verteilung und Ausscheidung des Wismuts.

Bevor ich zur Betrachtung der Erscheinungen, die bei der Wismutintoxikation auftreten, komme, möchte ich des besseren Verständnisses halber einiges über die Resorption, Verteilung, resp. Speicherung und Ausscheidung des Bi einfügen. Betrachten wir zunächst die Resorption des in den Muskel eingespritzten Wismutpräparates. Am besten teilen wir die Mittel folgendermaßen ein:

1. In Wasser lösliche Wismutsalze in gelöster Form eingespritzt.
2. Wasserlösliche Präparate in Öl- oder Paraffinemulsion.

Digitized by Google

3. Wasserunlösliche Salze in Öl- oder Paraffin suspendiert:
   a) lipoidlösliche,
   b) lipoidunlösliche.
4. Fein verteiltes metallisches Wismut.

Im allgemeinen ist zwischen 1. und 2. kein großer Unterschied. Die Reaktion der wasserlöslichen Präparate dem Gewebe gegenüber ist durchweg eine ähnliche, und ebenso scheint nach den chemischen und mikroskopischen Untersuchungen die Resorption in gewissen Grenzen annähernd gleich schnell zu erfolgen, jedenfalls erheblich schneller als bei 3. und 4. Alle wasserlöslichen Präparate, die wir bis jetzt in Händen haben, besitzen ein mehr oder weniger starkes Eiweißbindungsvermögen, und dadurch kommt es, daß die Resorption nicht so schnell vonstatten geht, wie man von vornherein annehmen könnte. Das an das Eiweiß gekettete Wismut bleibt zum großen Teil am Injektionsorte liegen und nur das nicht gebundene Wismut geht sofort in den Saftstrom über. In dem durch das Wismut geschädigten Gewebe ist der weitere Abtransport des Wismuts erschwert. Immerhin läßt sich bei Anwendung von Trepol, einem wasserlöslichen Präparat in Ölemulsion, schon 18—20 Stunden nach der Injektion im Urin Bi nachweisen. Erheblich langsamer geht die Resorption der wasserunlöslichen Bi-Verbindungen vor sich; von ihnen werden die lipoidlöslichen wieder schneller resorbiert als die lipoidunlöslichen, dagegen sind beide Arten im Gegensatz zu den wasserlöslichen bei intramuskulärer Injektion meist nicht schmerzhaft. Auf jeden Fall setzen wir aber bei intramuskulärer Injektion Depots, die natürlich immer die Gefahr der Summierung in sich bergen. Wolfer, Kolle und andere haben uns gezeigt, daß man durch Röntgenstrahlen das Wismut teilweise noch Monate später am Injektionsorte nachweisen kann, auch mikroskopisch fanden Joffe u. a. es noch Monate später. Daß dadurch die Gefahr der Summierung und Resorptionsschübe gegeben ist, darauf habe ich schon oben hingewiesen.

Wie verteilt sich nun das Wismut im Körper? Der Abtransport des Wismuts geht anscheinend auf dem Wege des Serums und der Blutkörperchen vor sich. Sei sah, daß Wismutverbindungen, wenn sie nur kurze Zeit mit Serum bei Körpertemperatur gehalten werden, nur noch zum geringen Teil dialysierbar waren, zum größeren Teil also Wismuteiweißverbindungen gebildet hatten und so durch ihre kolloidale Natur nicht mehr dialysieren konnten. Zollinger wies nach, daß das Wismut auch von den roten und weißen Blutkörperchen in Lösung aufgenommen werden kann, und zwar stellte er folgenden Versuch an. Das mit Wismut vermischte Blut hielt er einige Stunden bei 44° im Wasserbad; darauf ließ sich fast alles Bi in den abzentrifugierten Blutkörperchen und nur ein geringer Rest im Serum nachweisen. Dasselbe Resultat bekam er, wenn er statt Blut Eiter verwandte. Die neueren Forscher nehmen im allgemeinen an, daß das Wismut durch Leukozytose fortgeschafft wird.

Sind dem Körper größere Mengen Wismut einverleibt, so können wir es in fast allen Organen nachweisen, am spätesten natürlich in Organen mit trägem Stoffwechsel, wie z. B. in Knochen, am frühesten in Organen, in denen das Wismut entweder ausgeschieden oder gespeichert wird, wie z. B. Niere und Darm einerseits und Leber andererseits. Eine genaue Angabe, wie stark die einzelnen Organe an der Aufnahme von Wismut beteiligt sind, können wir noch nicht geben, die Angaben der verschiedenen Autoren widersprechen sich noch häufig. Einigermaßen allgemeingültige Werte scheinen die von Authenrieth und Meyer im Tierversuch gefundenen zu sein. Einem Kaninchen wurden 0,45 ccm Neowismulen gleich 9 mg Bi intravenös injiziert. Nachdem es nach 6 Stunden getötet war, fand sich folgendes:

Harn der Blase . . .	0,4	mg
Blut	0,1	„
Leber	0,70	„
Rückenmark	0,11	„
Kot	0,61	„
Niere	0,25	„
Gehirn	0,08	„
Summa . .	2,25	mg metallisches Bi.

Offenbar differiert die prozentuale Verteilung in den verschiedenen Organen je nach der aufgenommenen Menge Bi. Als erstes scheinen Niere, Leber und Darm das Bi zurückzuhalten, Niere und Darm hauptsächlich zwecks Ausscheidung, Leber zur Unschädlichmachung. Gefunden ist Bi in Niere, Leber, Milz, Verdauungstraktus und Hirn. Außer-

Digitized by Google

dem scheint es auch in der Haut gespeichert zu werden, ferner in allen Sekreten und Exkreten: Urin, Kot, Speichel, Milch, Galle, Schweiß und Blut. In der Leber findet man im Tierversuch schon nach Injektionen geringer Mengen das Wismut in den KUPFFERschen Sternzellen, nach Zuführung reichlicher Mengen sind die KUPFFERschen Sternzellen geradezu vollgepfropft. Von besonderem Interesse dürfte es sein, vor allem in Hinblick auf die Erfahrungen mit den Salvarsanpräparaten, auf den Gehalt des Gehirns und Liquors an Bi einzugehen. Wir sehen im Vergleich zu anderen Antiluetizis einen auffallend hohen Anteil des Gehirns an Bi. Es wird von MÜLLER, BLASZ und KRATZEISEN ein Fall berichtet, in dem man in 100 g Hirn eines Säuglings, nachdem er vor seinem Tode an schwerster kongenitaler Lues 5 Injektionen zu 0,005 mg Bi-Tartrat erhalten hatte, 0,0015 Bi fand, gegenüber 0,005 mg Bi in Niere und 0,0008 mg Bi in Leber, außerdem noch Spuren im Liquor. MÜLLER berichtet von zwei anderen Fällen, in denen das Gehirn von Paralytikern untersucht wurde: Fall I erhielt vom 19. XII. bis 14. I. 0,375 g Bi-Hydroxyd. Gestorben 27. I.; im Gehirn 0,0048 Bi = 0,0056 g Bi-Hydroxyd. Fall II erhielt vom 23. I. bis 27. I. 0,456 g Bi-Hydroxyd. Gestorben 28. I.; Bi-Gehalt des Hirns 0,0069 g Bi = 0,008 Bi-Hydroxyd.

Fast alle Autoren berichten über Anwesenheit von Bi im Liquor, während JÄHNCKE und SCHÜCKER in 25 Liquores von 22 Kranken nach der 5. bis 6. Bismogenolinjektion nie einwandfrei Bi nachweisen konnten, doch widersprechen auch sie nicht der Anschauung, daß sich im Hirn relativ große Mengen Bi finden. Das positive Resultat der anderen Forscher betreffs des Bi-Gehalts des Liquors führen sie zum Teil auf falsche Versuchsanordnung zurück. Auf die Verteilung des Wismuts in den anderen Organen werden wir noch bei Besprechung der Nebenerscheinungen zurückkommen.

Was nun die Ausscheidung anbetrifft, so besteht ein wesentlicher Unterschied in der Ausscheidung nach intravenöser und intramuskulärer Injektion. Doch ist der Unterschied nicht so groß, wie man annehmen könnte, da das nach intravenöser Injektion im Blut kreisende Bi sehr schnell in den Organen verankert wird, von wo aus dann die Resorption und Ausscheidung langsam vor sich geht. Die Hauptmenge Bi wird offenbar im Urin ausgeschieden, dann kommt der Kot und nur verschwindende Mengen in den übrigen Sekreten und Exkreten wie Schweiß, Speichel usw. Betrachten wir zunächst die Ausscheidung durch die Niere bei intravenöser und intramuskulärer Applikation. Nach den Untersuchungen mehrerer Forscher beginnt die Ausscheidung des Bi durch die Niere nach intravenöser Injektion sehr schnell, erreicht schnell ihren Höhepunkt, zieht sich dann aber ziemlich lang hin, wenn auch nicht so lange wie bei intramuskulärer Injektion und in viel geringeren Mengen, entsprechend der geringeren zugeführten Menge und dem Umstand, daß in den ersten Tagen die Hauptmenge schon ausgeschieden ist. Die Ausscheidung beginnt schon nach etwa 2 Stunden, hat im Laufe des ersten Tages schon ihren Höhepunkt erreicht und verschwindet nach etwa 30 Tagen.

Bei intramuskulärer Injektion erreicht die Ausscheidung im Urin ihr Maximum erst nach Tagen und verschwindet je nach der zugeführten Menge erst nach Monaten. Nach den Versuchen von SEI hat es den Anschein, als ob das Ausscheidungsvermögen der Niere eng begrenzt ist, so daß bei wiederholten Injektionen die Ausscheidung ein gewisses Maß nicht übersteigt und es so zur Bi-Anhäufung im Organismus kommt.

AUTHENRIETH und MEYER stellten folgende Untersuchungen an: Ein junger Mann bekam in 4 Wochen 7 Spritzen Neowismulen mit einem Gesamtgehalt von 200 mg injiziert. Bei der letzten Injektion wurden 1,5 ccm Wismulen gleich 30 mg Bi injiziert. In den auf die letzte Injektion folgenden 5 Tagen wurden 26,4 mg Bi, also 88% im Urin ausgeschieden, während nach einmaliger Injektion in 5 Tagen relativ erheblich weniger Bi ausgeschieden wurde. Daraus ziehen die Forscher den Schluß, daß nach einer gewissen Anreicherung der Organe das Bi fast vollständig, wenn auch langsam, ausgeschieden wird. Ob das bei höheren Dosen auch der Fall ist, erscheint mir zweifelhaft, da nach den Versuchen SEIS, und wie es ja auch leicht verständlich ist, das Ausscheidungsvermögen der Niere begrenzt ist. Einen Mittelweg geht die Ausscheidung bei gemischt intravenös-intramuskulärer Injektion.

Im Darm wird das Bi nach DEBELIN als Bi-Indoxysulfat ausgeschieden, unter dem Einfluß von H_2S geht das Metall daraus in die Form des Sulfids über. Die Ausscheidung, die im ganzen Verdauungstraktus vor sich geht, spielt gegenüber der im Urin eine geringere Rolle. MEYER und AUTHENRIETH wiesen am Tage nach Injektion von 1 ccm Neowismulen gleich 20 mg Bi im Stuhl 0,8 mg Bi nach. Eine noch geringere Rolle spielen Speichel, Schweiß, eventuell Milch. In dem oben angegebenen Falle von AUTHENRIETH und MEYER wurden in 20 ccm Speichel 0,08 mg Bi nachgewiesen. Im Schweiß ist das

Digitized by Google

Bi noch nicht quantitativ nachgewiesen worden. Müller, Blasz und Kratzeisen wiesen einmal das Bi quantitativ in der Milch einer Stillenden nach. Bei einer Graviden waren kurz vor der Entbindung 10 Nadisaninjektionen gemacht worden. Nach der Geburt wurden in 100 g Milch 0,0025 g Bi gefunden.

Nebenerscheinungen bei der Wismutbehandlung.

Lokal.

Bei der Betrachtung der Nebenerscheinungen der Wismutbehandlung werden wir finden, daß sie hauptsächlich an den Orten der Speicherung und Ausscheidung auftreten. Lokal sehen wir bei einigen Wismutverbindungen Schmerzen geringen bis stärksten Grades auftreten. Die Schmerzhaftigkeit ist offenbar abhängig von der chemisch-physikalischen Beschaffenheit des Präparates. Alle wasserlöslichen Präparate, die wir bis jetzt in Händen haben, sind mehr oder weniger schmerzhaft, dabei ist es einerlei, ob sie in Wasser gelöst sind oder in Öl- oder Paraffin injiziert werden. Die Schmerzen werden häufig im Verlauf der Nervi ischiadici empfunden, auch wenn offenbar der Nerv nicht geschädigt ist. Zitron meint, daß bei fettleibigen Personen besonders leicht Schmerzen und Infiltratbildung auftreten. Die unlöslichen Präparate in Ölemulsion werden vom Körper meist reaktionslos vertragen. Die pathologisch-anatomischen Veränderungen, die wir finden, wenn wir klinisch Schmerzen und Infiltratbildung beobachten, sind etwa folgende. Untersuchen wir kurze Zeit nach der Injektion, so finden wir am Injektionsort zuweilen noch Wismutschollen, die Umgebung ist der Nekrobiose verfallen. Im Beginn ist dieselbe von einer Infiltrationszone umgeben, mit Lymphoiden und Plasmazellen außerhalb der Gefäße, vielfach sich dem Gefäßverlauf anschließend. Außerdem zeigt sich Wucherung des Perimysiums und vereinzelte polymorphkernige Leukozyten. Dieses Bild kann in der Intensität erheblich schwanken und es kann selbst zur Bildung großer steriler Abszesse kommen. Entsprechend der Tiefe der Injektion und der Entzündungserscheinungen kann eventuell auch die Haut entzündlich verändert sein. Im Reparationsstadium finden wir später mehr oder weniger ausgedehnte Schwielen und Narbenbildungen. Am Ort der Injektion kommen zuweilen eigenartige Veränderungen vor. Freudenthal berichtet über drei solche Fälle, auch Biberstein sah dreimal ähnliche Erscheinungen auftreten. Ich möchte hier kurz über einen typischen Fall von Freudenthal berichten.

Kurze Zeit nach der Bismogenolinjektion kam es zu allgemeinem Unbehagen, mit Kopfschmerzen. Lokal traten starke ins Bein ausstrahlende Schmerzen auf, in anderen Fällen erstreckten sie sich halbgürtelförmig um den Rumpf, vom Injektionsort ausgehend. Die Schmerzen nahmen im Verlauf eines Tages wieder ab. Einige Tage später war die Injektionsstelle gerötet, infiltriert und druckempfindlich. Halbgürtelförmig um die Hüfte herum fand sich ein eigenartiges Exanthem. Streifenförmig bläulich rot verfärbte Haut, die nicht infiltriert war, begrenzte normale Hautpartien; in den am stärksten befallenen Gebieten bestand Neigung zur Nekrose, die an einen Zoster erinnerte. Die histologische Untersuchung des Falles ergab folgendes Resultat: In Papillarkörper und Kutis perivaskuläre Infiltration, darunter verhältnismäßig viel Mastzellen. Bei einigen Arterien und Arteriolen der mittleren und tieferen Kutis ist das Lumen mit einer blaßbräunlichen Masse erfüllt, die sich bei stärkerer Vergrößerung als aus feinen nadelförmigen Kristallen bestehende Embolie erkennen läßt. Dieselben Nadeln fanden sich auch in der Bismogenolsuspension. Die Erscheinungen erklären sich also so, daß das Bismogenol bei der Injektion in eine Arterie gelangt ist, in deren Verlauf sich teils vollkommen, teils partiell obturierende Thromben gebildet haben. Der heftige Schmerz ist als ischämischer aufzufassen. Auch hieraus ergibt sich die Wichtigkeit des Abwartens nach dem Einstich der Kanüle, ob Blut kommt, was übrigens auch an der betreffenden Klinik geübt wurde.

(Fortsetzung folgt.)

Digitized by Google

Über Wismutbehandlung der Gonorrhoe.

Von

Dr. F. LANDT, Hautarzt in Potsdam.

Seit der Entdeckung des Gonokokkus durch NEISSER und der Einführung des Protargols galt die Silbertherapie der Gonorrhoe als die alleinsinngemäße und wirksame.

Das Jahr 1923 hat nicht weniger als drei neue Silbersalze gebracht: Acykal, Targesin und Reargon. Vom Acykal habe ich keinerlei verstärkte therapeutische Wirkung gesehen, im Gegenteil. Sein einziger Vorteil ist, daß es keine Flecken in der Wäsche hinterläßt. Auch vom Targesin sah ich keinen besseren Effekt als z. B. bei dem altbewährten Argentamin oder Albargin. Reargon endlich sollte nach dem ersten enthusiastischen Mitteilungen das Problem gelöst haben. Von NAGEL u. a. wurde dieser Optimismus grausam zerstört. Meine eigenen Erfahrungen mit dem Mittel waren nicht so schlecht. In einer ganzen Reihe von Fällen gelang es, durch etwa einwöchige Injektionsbehandlung die Heilung einer unkomplizierten, frischen Gonorrhoe herbeizuführen. Gelang diese Schnellbehandlung jedoch nicht, traten fast regelmäßig Infiltrate in der Anterior auf, von einer Hartnäckigkeit, wie ich sie nach anderen Mitteln nie sah. Dazu kam in manchen Fällen eine Reizwirkung, die zu den bekannten Komplikationen führte. Nicht zu vergessen ist der ungeheuerliche Preis des Mittels. Ich sah Pat., die für 200 RM. Reargon verspritzt hatten, ohne überhaupt gonokokkenfrei geworden zu sein.

Die Herstellung immer neuer Silbersalze ist eigentlich schon ein Beweis dafür, daß der Arzt unzufrieden mit den vorhandenen ist. Man ist hier offenbar in einer Sackgasse angelangt, aus der es einen Ausweg nicht gibt.

Alle die Nachteile der Silbermittel, wie Reizung, Infiltratbildung, gelegentlich völliges Versagen führten mich dazu, mich völlig von den Ag-Salzen zu emanzipieren. Den Anlaß dazu bildeten zufällige, überraschende Erfolge mit dem alten Bi subnitric. in wässeriger Emulsion, über die ich in Nr. 20 der D. m. W., 1924 berichtete. Nach Prüfung der bekannten unlöslichen Bi-Salze (Bi subnitric., Dermatol und Airol) und einer Reihe löslicher Salze kam ich zu dem Ergebnis, daß gerade in der Unlöslichkeit der Salze ein besonderer Vorzug liege. Noch nach 24 Stunden kann man die feinen, bei den einzelnen Salzen verschieden geformten Kristalle im Harnröhrensekret nachweisen. Aus diesem Grunde ließ ich die Versuche mit den löslichen Bi-Salzen sehr bald fallen, zumal da sie unbefriedigend waren.

Ich bin mir sehr wohl bewußt, hiermit eigentlich nichts grundlegend Neues zu bringen. Bi subnitric. wurde von den alten Ärzten bei der chronischen Gonorrhoe viel angewandt; die erste Empfehlung des Airol bei der Gonorrhoe stammt von LÉGUEU und LEVY. Nach meinen jetzigen etwa $1^1/_2$jährigen Erfahrungen mit den Bi-Salzen ist es mir unverständlich, wie die höchst fragwürdigen Silbersalze alle übrigen Mittel verdrängen konnten. Es ist dies wohl auf die Autorität NEISSERS nach der Entdeckung des Erregers und der Einführung des Protargols zurückzuführen.

Nun zur speziellen Anwendungsform der Bi-Salze. Bi subnitric. in $1^1/_2$—$2^1/_2$%iger wässeriger Emulsion reicht nur in einem Teil der chronischen Fälle aus, bei der akuten Gonorrhoe nicht. Das gleiche gilt vom Dermatol. Dagegen erwies sich eine Kombination beider Salze auch bei der akuten Gonorrhoe sehr wirksam (Bi subnitric., Dermatol ää 1,0 Aqu. ad 100). Am stärksten ist der Effekt bei dem Wismutoxyjodidgallat, dem Airol, wahrscheinlich infolge von Jodabspaltung in statu nascendi auf der Schleimhaut. Die von LÉGUEU und LEVY verordnete 10%ige Wasserglyzerinemulsion (Airol 2, Aqu. 5, Glyzerin 15) halte ich für zu stark. Jedoch habe ich außer den subjektiven Beschwerden des Brennens während der Injektion keine Komplikationen nach dieser Anwendungsform feststellen können. Auch beim Airol verwende ich nur eine $1^1/_2$—$2^1/_2$%ige Wasseremulsion, die dreimal täglich 10 Minuten lang anzuwenden ist. Verstärken kann man seine Wirkung noch durch 1% Resorzin und 0,25% Zinc. sulfur. Mit dieser verstärkten Airollösung behandelte ich die letzten 20 Fälle meiner Praxis mit ausgezeichnetem Erfolge. Wenn auch die Gonokokken mitunter etwas langsam (nach 1—2 Wochen) verschwinden, so ist der allgemeine Verlauf der Gonorrhoen unter dieser Behandlung doch durchaus gleichförmig. Der Witz der ganzen Behandlung ist der

Digitized by Google

gleiche wie bei der Silberbehandlung. In allen Fällen ist es nötig, auch nach dem Verschwinden der Gonokokken und des Sekretes noch etwas länger weiterzubehandeln, um Rezidiven vorzubeugen. Sämtliche Gonorrhoen heilten in einem, spätestens zwei Monaten glatt aus. Infiltrate oder Komplikationen sah ich nie danach.

Inzwischen wurde ich auf ein neues Wismutpräparat aufmerksam. Es handelt sich um das Neo-Antigonyl der Firma Kajoka in Karlsruhe. Das Mittel besteht aus einem neuen unlöslichen Bi-Salze, mit Zinc. sulfur.- und Antipyrinzusatz. Nach meinen bisherigen, sich erst auf 15 Fälle erstreckenden Erfahrungen ist es dem Airol sogar noch überlegen. Sechs frische hiermit behandelte Fälle heilten in 3—4 Wochen aus. Die übrigen Fälle waren chronische, mit Reargon vorbehandelte Gonorrhoen mit Infiltratbildungen in der Anterior. Hier erwies es sich als direkt souverän und allen sonstigen Mitteln überlegen. Infiltrate verschwanden zum Teil sogar ohne instrumentale Behandlung. Das Mittel ist ebenso wie Airol völlig reizlos, sogar derartig mild, daß man es bei bestehender Epididymitis anwenden kann. Eine dreimalige, 10 Minuten lange Anwendung täglich genügt. Die chronischen Gonorrhoen kamen in 2—2½ Monaten zur Ausheilung. Neo-Antigonyl ist meines Erachtens das wirksamste zur Zeit bekannte Antigonorrhoikum.

Um noch einmal kurz zu resümieren:

1. Es besteht für uns gar kein Grund mehr, an dem Dogma von der alleinigen Wirksamkeit der Silbersalze festzuhalten.

2. Die Wismutmittel Airol und Neo-Antigonyl sind den Ag-Salzen wenigstens gleichwertig, sehr oft überlegen.

3. Die Bi-Behandlung hat noch folgende Vorteile vor der Ag-Behandlung:

a) Dreimalige Anwendung täglich genügt; daher keine Berufsstörung (man denke an die Tortur der stündlichen Reargonanwendung).

b) Keine Beschmutzung der Wäsche, was heute von großer Wichtigkeit ist.

Endlich seien noch die Anwendungsformen der Bi-Salze bei der weiblichen Zervix-Gonorrhoe erwähnt. Hier erwiesen sich Dermatol und Airol am wirksamsten. Die Applikation ist die gleiche wie bei der bekannten Pulvertrockenbehandlung.

Francisco Diaz, der erste Urologe.

Von

Dr. med. et phil. et med. dent. Fritz Lejeune,

Privatdozent für Geschichte der Medizin an der Universität Greifswald.

In meiner Arbeit „Zur Frühgeschichte der Bougiebehandlung", die in Nr. 28 dieser Fachschrift im Juli d. J. erschienen ist, habe ich zu zeigen versucht, daß Francisco Diaz einen erheblichen Fortschritt in der Behandlung der Harnröhrenstrikturen bedeutet, und in welcher Weise er Neuerungen und Verbesserungen technischer Art in die Therapie eingeführt hat.

Heute soll den in Deutschland zu Unrecht kaum bekannten Mann seinen heutigen modernen Fachgenossen als Nestor ihres „Spezialgebietes" vorzustellen, meine Aufgabe sein.

Francisco Diaz, dessen Heimat und Geburtsjahr man nicht kennt, studierte an der Universität zu Alcalá de Henares Philosophie und Medizin, in welchen beiden Fächern er die Doktorwürde erlangte (Garrison). Nach abgeschlossenem Studium wandte er sich nach Valencia, um sich dort besonders in der Chirurgie, für die er von Anbeginn eine große Vorliebe gezeigt hatte, weiter auszubilden. Nach seinen eigenen Angaben hatte er das Glück, daselbst in den beiden Valencianer Professoren Collado und Jimeno tüchtige Lehrer gefunden zu haben. Seine chirurgische Tätigkeit, die er mit wechsellosem Glück ausübte, machte ihn bald zum berühmten Manne, dem die höchsten Ehren in Gestalt der Berufung an den Hof als Leibarzt Philipps II. zuteil wurden. Weitere biographische Angaben über ihn fehlen fast ganz. Um so besser können wir ihn aus seinen Werken kennen lernen.

Neben seinem großen, 1575 erschienenen chirurgischen Lehrbuch „Compendio de Cirurjia", das die chirurgischen Kenntnisse seiner Zeit restlos erschöpft, ist für uns vor allem von Belang der 1588 herausgekommene Leitfaden der Urologie, wenn wir modern

Digitized by Google

denkend so sagen dürfen, sein „Tratado de todas las enfermedades de los riñones, vejiga y carnosidades de la verga y urina, dividido en tres libros, Madrid por Francisco Sanchez": Abhandlung über alle Krankheiten der Nieren, der Blase, der Harnröhrenneubildungen und des Urines, in drei Büchern, gedruckt zu Madrid bei Francisco Sanchez. Dieses Buch über die Krankheiten des Urogenitalapparates ist im ganzen Jahrhundert sozusagen einzig dastehend, und die anderen erreichen bei weitem nicht seine Höhe. Hier lernen wir den Meister so recht in seinem eigensten Element kennen: er ist der erste Spezialist für Nieren-, Blasen- und Geschlechtskrankheiten (Garrison, Garcia del Real); hier liegt sein erfolgreichstes Gebiet! Die Sonette Lope de Vegas und Cervantes' sind nur die Widerspieglung seines hohen Rufes in seinem Sonderfach.

Sein urologisches Lehrbuch teilt sich in drei Abschnitte, deren erster die Gries- und Steinbildungen, Verletzungen, Entzündungen und alle anderen Krankheiten der Nieren schildert; der zweite Teil ist den entsprechenden Krankheiten der Blase, und der dritte den Neubildungen und Verengerungen der Urethra gewidmet. Alle Teile sind reichlich mit der Schilderung lehrreicher klinischer Fälle durchsetzt, die einen guten Einblick in die Tätigkeit des Meisters gewähren. Besonders die Behandlung an Steinen Leidender, deren es nach den zeitgenössischen Berichten geradezu unheimlich viele gegeben haben muß, steht bei Diaz im Vordergrund. Belangreich ist eine kurze kasuistische Schilderung, nach der er einem Seminaristen in Alcalá einen haselnußgroßen, geäderten und verschieden gefärbten Stein entfernt hat. Als Vorbeugungsmittel gegen die gefürchtete Krankheit empfiehlt er eine Reihe von Brunnen, wobei er auch deutscher Quellen gedenkt.

Am lehrreichsten sind die Kapitel, in denen er die operativen Maßnahmen beschreibt. Zur Extraktion nicht zu großer Blasensteine bedient er sich eines von ihm selbst angegebenen Instrumentes, wie er denn die meisten seiner Instrumente selbst erfunden und konstruiert hat. Es handelt sich dabei um eine Art Zange mit länglichen, dünnen Löffeln, die geschlossen eingeführt wird. Ist die Blase erreicht, so dreht man am hinteren Ende des Instrumentes an einer Schraube und bewirkt damit das Öffnen der Schnäbel. Es gehört große Geschicklichkeit dazu, den Stein zu fassen und dann ohne Schädigung des Pat. zu extrahieren. Das beschriebene Instrument nannte Diaz Speculum pudendi.

Zur Steinentfernung sind gewisse Jahreszeiten besonders geeignet: die Monate März, April, Mai, Oktober und November. Dringliche Operationen sollen dagegen ohne jede Rücksicht sofort gemacht werden. Bei ganz alten Leuten ist der Eingriff tunlichst zu unterlassen. Ferner sprechen Konstitution, Allgemeinbefinden usw. der Patienten bei der Operation mit und dürfen bei der Indikationsstellung auf keinen Fall außer acht gelassen werden. Immer wieder predigt Diaz den Operateuren Geduld, Ruhe und genaue Überlegung, vor allem aber Sorgfalt mit dem Kranken. Zur Warnung schildert er Fälle, bei denen der Pat. unter den Händen des Arztes gestorben sei, da dieser unsorgfältig und zu hastig vorgegangen sei und bei der Fassung des Steines die Blase mit gepackt und zerrissen habe; eine unstillbare Blutung, hätte den Tod verursacht. Nie darf man den Stein mit Gewalt herausbefördern: die Leidenden müssen dabei teurere Kosten tragen als der ungeschickte Operateur! Geschicklichkeit geht hier über Kraft! Die Gestalt der Steine muß genau beobachtet werden: der längste Durchmesser liegt in Wegrichtung! Notwendige Wunden sollen ziemlich genau verbunden oder genäht werden und müssen per primam heilen.

Zur Entfernung großer Blasensteine geht man vom Damm aus ein. Dazu gibt es zwei Arten des Vorgehens, die spanische und die italienische. Beide beschreibt Diaz genau. Wir wollen ihn selbst sprechen lassen: „Handelt es sich um ein Kind, so müssen es zwei Männer gehörig festhalten, einer um die Brust, der andere an den Beinen. Beim Erwachsenen werden Beine und Schenkel gut festgebunden, zwei oder drei Gehilfen müssen den Pat. niederhalten und dafür sorgen, daß die Beine weit gespreizt bleiben. Dann geht man so vor: der Operateur führt den Mittelfinger (da am längsten!) der rechten Hand in den Anus ein, bis er hinter die Blase gelangt. Mit der linken Hand drückt er in Richtung vom Nabel zur Schamgegend, um den Stein in den Hals der Blase zu leiten. Dann wird der Schnitt mit der Rechten geführt, seitlich neben dem After auf den Blasenhals zu. Dabei achte man darauf, den Schnitt in der Längsrichtung zum Verlaufe der Muskelbündel zu legen und das Perineum und die Raphe zu vermeiden. Ist der Schnitt kunstgerecht ausgeführt, so führe man ein Instrument, den Luncino, ein, den die Modernen Katheter nennen. Ist dies geschehen, so erweitere man die Wunde mit dem Rallón, einem lanzenförmigen Instrument. Dann

Digitized by Google

braucht man ein weiteres Instrument, den Reiherschnabel, fasse mit größter Vorsicht den Stein und ziehe ihn heraus. (Der Reiherschnabel, pico de grulla, ist eine Zange mit langen, dünnen Blättern, die sich durch eine Feder öffnen und schließen. Man führt sie geschlossen ein; sie öffnet sich durch die Elastizität der Feder von selbst, wenn man eine Schraube aufdreht, und wird durch Schraubenwirkung von außen geschlossen [Carcia del Real]). Ist der Stein zum Herausziehen zu groß, so geht man mit einer mit scharfen Zähnen versehenen Zange ein und zerquetscht ihn, dann entfernt man die Teilstücke mit einem löffelähnlichen Instrument."

Dies die spanische Methode. Die italienische, der Diaz den Vorzug gibt, stellt sich ein wenig anders dar: „Bei der gleichen Lagerung des Pat. führt der Operateur durch die Harnröhre den Katheder ein, stellt deren Verlauf und Krümmung fest und führt auf sie zu mit einem konvexen Skalpell einen Schnitt. Dann steckt er durch die Wunde in die eröffnete Blase ein Blasenspekulum oder einen Blasendehner. Ist sie genügend erweitert, so wird eine entenschnabelähnliche Zange eingebracht, mit der man den Stein packt und herausbefördert. Muß der Stein zertrümmert werden, so bedient man sich des Cucharón (eines löffelartigen Instrumentes) zum Entfernen der Stücke."

Beide Methoden kommen indessen nur zur Anwendung, wenn gleichzeitig nicht auch Verengerungen der Harnröhre vorliegen. Ist das der Fall, so muß man auch diese, und zwar zuerst behandeln, was in der in meiner oben erwähnten Arbeit angegebenen Weise zu geschehen hat. Die Wunde wird vernäht und gut verbunden und die ersten 6—8 Tage nicht angerührt, es sei denn, daß sich etwas Besonderes ereigne. Gegebenenfalls auftretendem Fieber und Entzündungserscheinungen begegnet man mit Aderlässen, Antifebrilien und schmerzstillenden Mitteln. Im Kapitel über die Cystitiden finden wir schon regelrechte Blasenspülungen angeordnet und beschrieben. Diese erfolgen mit einer Art Spritze, die eine Vereinigung von Ballon und Katheter darstellt, mit Hilfe welch ersteren man die anzuwendende Flüssigkeit durch den vorher eingelegten Katheter in die Blase preßt. Diaz ist der Erfinder dieses ersten Blasenirrigators, den er auch im Bilde vorstellt.

Den Rest seines so hochwichtigen Buches widmet er den Neubildungen und Strikturen der Urethra. In Ergänzung des früher von mir hierüber Ausgeführten seien hier noch eine Reihe von interessanten Punkten hervorgehoben. Nach Ansicht Diaz' stammt die Dehnsondenbehandlung nicht von Alderete und auch nicht von Amatus Lusitanus; selbst Laguna kommt übel weg, indem er ihm jede praktische Kenntnis auf diesem Gebiet abspricht, wie er schließlich sogar an Paré Aussetzungen zu machen hat. Sicher urteilt er zu scharf und nicht gerecht; auch kommt er mit den historischen Tatsachen in Widerspruch.

Über den wahren Entdecker der Dehnsondenbehandlung lesen wir folgenden, recht ergötzlichen Passus: „Als Meister Philipp als Chirurg Karls V. in Deutschland weilte (gemeint ist offenbar Philipp von Lissabon!), litt der Kaiser an dieser Krankheit und war so schlecht daran, daß er beinahe täglich ans Sterben denken mußte; da er nun von dem Übel so zugesetzt bekam, Philipp aber andererseits ein Mann von scharfem Verstande war, so zerbrach sich dieser Tag und Nacht den Kopf darüber, wie der Patient von den Qualen befreit werden könnte, denn er kannte keine andere Krankheit, die ihn in ähnlicher Weise hätte quälen und bedrücken können. Oft blieb der Urin ganz weg. Aber doch war er froh, daß kein Stein die Ursache war. Nachdem er vielerlei Heilmittel angewandt hatte, kam er darauf, daß das Hindernis eine Neubildung in der Harnröhre sein könne und sann über ein Mittel nach, das sie zum Verschwinden bringen könne. Schließlich machte er von Wachs ein langes, dünnes Kerzlein, das als Docht eine es widerstandsfähiger machende Einlage hatte, so daß es nicht abbrechen konnte, aber trotzdem weich und schmiegsam blieb. Mit dessen Hilfe konnte er ätzende Medikamente einbringen, und so begann die Kur. Er erreichte schließlich sein Ziel, obgleich das Ätzmittel so stark war, daß zuerst heftige Entzündung auftrat und noch andere beunruhigende Zwischenfälle. Also müssen wir dem Meister Philipp die Ehre geben und ihm für die Erfindung danken. Der erste Anfang mit dieser Behandlungsart ist also in Deutschland gemacht worden."

Ebenso lehrreich und gleichzeitig ein Zeugnis für die urologische Erfahrenheit des Meisters ist der Fall des Prinzen Ruygomez, der sich bei Diaz bis ins kleinste wiedergegeben findet. Er hatte auf Grund seiner Spezialkenntnisse die Diagnose auf Harnröhrenstriktur gestellt und empfahl eine gewissenhafte Dehnbehandlung. Der Prinz war auch ganz einverstanden, aber seine Frau und seine Hausärzte lagen ihm tagelang in den Ohren, ihm das Gefährliche solchen Beginnens immer wieder klar machend.

Digitized by Google

Schließlich gab er dem Drängen nach, und Diaz mußte am festgesetzten Tage unverrichteter Sache abziehen. Eine Reihe von Jahren ging es dem hohen Patienten auch ganz leidlich. Dann aber verschlimmerte sich sein Zustand. Man rief wieder Diaz. Aber es war schon zu spät. Mehrere Tage war kein Urin abgegangen. Zwar gelang dem hinzugezogenen Spezialisten schließlich der Katheterismus, aber trotzdem starb der Patient infolge von Erschöpfung. Da der Leichnam in eine ferne Gegend zur Beisetzung gebracht werden sollte, mußte er einbalsamiert werden. Die Autopsie schildert Diaz meisterlich: „Zwei Drittel der Harnröhre waren mit kallösen Bildungen derart erfüllt, daß sie sich wie Schuhleder ausnahmen, und man sie kaum mit dem Messer schneiden konnte. Der Hausarzt, der die Dehnbehandlung hintertrieben hatte, konnte seine Bestürzung angesichts dessen nicht verbergen und gab seinen Irrtum selbst zu. In der Blase fanden wir 9 Steine von Bohnengröße und kleinere. Es ist klar, daß diese ausgetrieben worden wären, wenn der Durchgang nicht verlegt gewesen wäre. So hatte der Patient nur sterben müssen, weil er nicht frühzeitig genug behandelt worden war. Die Nieren fanden wir ganz zerstört und gänzlich entzündet; sie zerfielen, wenn man sie nur mit dem Messer anrührte."

Es steht fest, daß Francisco Diaz, wie so mancher andere große spanische Arzt, besonders des 16. Jahrhunderts, viel zu wenig gewürdigt worden ist. Wer kennt ihn bei uns? Selbst den meisten Medizinhistorikern ist er eine nahezu unbekannte Größe, erst recht seinen Fachepigonen unserer Tage. Schon Sprengel widmet Diaz nur wenige Zeilen; er erwähnt zwar seine urologischen Kenntnisse, würdigt sie aber bei weitem nicht genügend. Häser geht auch sehr schnell über ihn hinweg. Und so die anderen auch. Von den Spaniern beschäftigen sich am eingehendsten mit ihm Chinchilla, Morejón und Garcia del Real. Nur ganz nebenbei behandelt ihn der Engländer Garrison. Wenn Diaz auch bislang stiefmütterlich in der Geschichte der Medizin behandelt worden ist, so sollen ihn wenigstens seine engeren Fachgenossen nicht vergessen, denn er ist als der erste eigentliche Urologe anzusprechen. Daß er sich nicht restlos von allem Unrichtigen des damaligen ärztlichen Wissens frei gemacht und seine Vorurteile gehabt hat, ist schließlich sein gutes Recht, genau so wie es unser „Recht" ist, unsere Irrtümer nicht zu erkennen und uns für tausendmal klüger zu halten wie alles, was vor uns war, ohne zu bedenken, daß wir unseren Nachkommen vielleicht eines Tages ebenso rück- und abständig vorkommen werden, wie uns heute die Alten des 16. Jahrhunderts. Vergessen wir auch nicht, mit welch einfachen, teils jämmerlichen Mitteln diese ihre doch immerhin anerkennenswerten Erfolge erzielt haben, und freuen wir uns, daß wir, auf ihren Ergebnissen fußend, heute weiter sind. Auch wir müssen veralten, damit es einen Fortschritt geben kann. Hoffen wir, daß unsere heutige Wissenschaft 350 Jahre später auch den Platz gerechterweise zugesprochen bekommen kann, den wir heute Diaz als dem ersten rechten Urologen zuerkennen müssen.

Literatur.

1. Chinchilla, Anastasio, Historia de la Medicina Española, Madrid. — 2. Garcia del Real, Eduardo, Historia de la Medicina en España, Madrid 1921. — 3. Garrison, Historia de la Medicina, Madrid 1922. — 4. Häser, Heinrich, Lehrbuch der Geschichte der Medizin, Jena 1881. — 5. Lejeune, Fritz, Zur Frühgeschichte der Bougiebehandlung, Derm. W., 1924, Nr. 28. — 6. Lessing, M. B., Handbuch der Geschichte der Medizin, Berlin 1838. — 7. Morejón, Ant. Hernandez, Historia Bibliográfica de la Medicina Española, Madrid 1843. — 8. Pagel-Sudhoff, Einführung in die Geschichte der Medizin, Berlin 1915. — 9. Rodriguez y Fernandez, Historia Critica de la Medicina, Madrid 1906. — 10. Rust, Joh. Nepom., Handbuch der Chirurgie, Berlin-Wien 1832. — 11. Sprengel, Kurt, Versuch einer pragmatischen Geschichte der Arzneikunde, Halle 1794.

Max von Zeissl

Am 29. Januar ist in Wien Max von Zeissl im 72. Lebensjahre an einer Lungenentzündung gestorben; mit ihm ist eine bekannte und beliebte Type aus der Wiener Dermatologenwelt dahingegangen, einer der wenigen, die mit ihren Anfängen noch in die große Zeit der Wiener Dermatologenschule hinüberreichen.

Digitized by Google

Geboren ist er in Wien am 7. Juni 1853 als Sohn Hermann von Zeissls, des Mitbegründers der modernen Syphilidologie; er absolvierte das Schottengymnasium, studierte in Wien und wurde 1878 zum Doktor der gesamten Heilkunde promoviert. Zunächst war er Hilfsarzt an der Klinik seines Vaters, dann ging er an die chirurgische Klinik von Prof. Dumreicher, nach dessen Tode wurde er Assistent bei Prof. Albert. 1882 kehrte er wieder zur Syphilidologie zurück und erhielt das Jahr darauf die venia legendi. 1893 wurde er zum außerordentlichen Professor ernannt. 1905 wurde er Abteilungsvorsteher am Kaiser-Franz-Joseph-Ambulatorium, bald darauf Direktorstellvertreter. Während des Krieges zog er sich wegen Kränklichkeit von seiner Tätigkeit zurück.

Schon von frühester Jugend auf war Zeissl auf die Medizin, und zwar auf die wissenschaftliche Forschung, hingewiesen, sowohl durch seinen Vater, wie durch dessen Bekanntenkreis; in dem gastfreien Hause verkehrten Männer wie Skoda, Rokitansky, Brücke u. a. m. Durch das Vorbild seines Vaters wurde er begreiflicherweise auf die Erforschung der Syphilis hingelenkt; es wäre aber durchaus ungerecht, wenn man ihn lediglich als den Sohn seines großen Vaters, dessen Name seinen Klang behalten wird, solange es eine Syphilidologie gibt, bezeichnen wollte. Eine große Zahl interessanter, durchaus originaler Arbeiten entstammt seiner Feder.

Mit Dermatologie hat sich Zeissl fast gar nicht beschäftigt, in erster Linie mit Syphilis. Im Auftrage des Ministeriums des Innern machte er 1896 eine Studienreise durch Dalmatien, Bosnien und die Herzegowina zur Erforschung der Skerljevo-Krankheit; er konnte die Ansicht von Siegmund, daß es sich dabei um alte, unbehandelte Syphilis handele, bestätigen. Unter seinen zahlreichen Abhandlungen über Syphilis sind zu nennen die über kongenitale Syphilis, über Syphilisätiologie (den Lustgartenschen Bazillus lehnte er ab), über die Infektiosität tertiärer Produkte, die er schon lange behauptete, über Syphilis des Magens, Darmes, Pankreas und des Urogenitalapparates und die große Zahl von Arbeiten über Syphilisbehandlung; bemerkenswert ist seine Joddarreichung in Form von Klysmen. Atoxyl lehnte er ab, mit Begeisterung begrüßte er dann das Salvarsan.

Er beschäftigte sich aber auch mit den anderen Geschlechtskrankheiten, mit Ulcus molle, über dessen Erreger er arbeitete, hauptsächlich mit Tripper. Hierher gehört die Arbeit über Peritonitis bei Gonorrhoe des Mannes, besonders aber eine Reihe teils rein physiologisch-experimenteller Arbeiten über den Blasenverschluß. Zeissl gehörte zu den Verfechtern der Ansicht, daß der M. sphincter internus genüge, um die Blase zu verschließen, daß der Compressor urethrae nicht als Sphincter externus wirke; demgemäß lehnte er auch die Möglichkeit des „Regurgitierens" des Eiters aus der Posterior in die Blase ab. Die neu aufgekommene Wissenschaft der Röntgenographie benutzte er sofort, um Stützen für seine Ansicht zu gewinnen.

Von seinen physiologischen Arbeiten sind noch zu nennen die mit Horowitz über die Lymphgefäße des männlichen Genitale und die über Jodödem der Lunge und die Einwirkung von Jodinjektionen auf das Gehirn beim Hunde. In der letzten Zeit beschäftigte er sich vielfach mit der sozialen Seite der Geschlechtskrankheiten, wie seine Arbeiten über Tripper und Ehe, Prophylaxe der Gonorrhoe und über Regelung der Prostitution zeigen. Bekannt und vielverbreitet ist sein Lehrbuch der Geschlechtskrankheiten.

Alles in allem ein vielseitiger Geist; aber nicht nur in der Medizin, sondern auch in anderen Fragen, Literatur, Kunst usw. Persönlich war er liebenswürdig, geistreich, witzig. Zu seinen Schülern war er stets wohlwollend, immer gefällig. Der Schreiber dieser Zeilen erinnert sich noch gerne und mit Dankbarkeit der Zeit, da er als Student und junger Arzt an Zeissls Abteilung tätig war. Gegenüber den Kranken war er gütig und hilfsbereit, oft zu hilfsbereit, was mitunter von Leuten, die sich um die Arztrechnung drücken wollten, ausgenützt wurde. Sein goldenes Wienerherz verbarg er oft hinter einem barschen, poltrigen Wesen; das führte manchmal zu ergötzlichen Szenen. Die Zeissl aber näher kannten, wissen, welch guter Mensch er war, und werden ihm ein dauerndes, ehrendes Andenken bewahren. R. Frühwald-Chemnitz.

Digitized by Google

Versammlungen.

Berliner Dermatologische Gesellschaft.

Sitzung vom 17. Januar 1925.

Bericht von L. Kleeberg-Berlin.

1. Gottron (Univ.-Hautklinik): **Polyglobulie bei Purpura anularis teleangiectodes Majocchi.** Demonstration von 3 Kranken. Im vergangenen Jahr wurden 8 Fälle beobachtet. Es fand sich bei der einen Reihe von Fällen neben Hautsymptomen gleichzeitig eine essentielle Polyglobulie. Bei der größeren Zahl der Fälle bestand jedoch eine symptomatische Polyglobulie. Das Fehlen der Polyglobulie spricht nicht gegen die Zusammengehörigkeit von Purpura a. t. M. und Polyglobulie — die Polyglobulie kann bereits wieder abgeklungen sein. Daneben spielen Gefäßüberfüllung und Gefäßhochdruck im peripheren Hautgefäßbezirk und Trauma wohl auch eine Rolle bei der Pathogenese der Purpura a. t. M. In der Literatur der essentiellen Polyglobulie, wie insbesondere der Purpura a. t. M. finden sich auch eine Reihe von Beobachtungen, die auf einen Zusammenhang von Polyglobulie und Purpura a. t. M. hindeuten.

Diskussion: Hirschfeld, der die Mehrzahl der Fälle untersuchen konnte, bestätigt die Befunde Gottrons. Die Purpura a. t. M. kann das Frühsymptom einer latenten Polyzythämie sein.

Löhe berichtet über einen Mann, der mehrere Salvarsankuren bei stets negativer WR gut vertragen hatte; nach einer Massagekur mit Bürstenabreibungen unter Wasser — die er wegen gichtischer Beschwerden machte — entwickelte sich eine ausgedehnte Purpura a. t. M. Es bestand eine Polyglobulie und erhöhter Blutdruck, 170 mm Hg.

2. Heyn (Univ.-Hautklinik): a) **Isolierter Pemphigus der Mundschleimhaut.** 62jähr. Mann, der seit $2^1/_2$ Jahren an Wundsein im Munde leidet. Guter Allgemeinzustand. Blasen und Erosionen bis Bohnengröße an der Unterfläche der Zunge, Wangen und Gaumen.

b) **Epidermolyses bullosa (dystrophische Form) bei Lues congenita.** 30jähr. Frau. Seit Kindheit besonders nach Traumen Blasenbildung, wodurch die Nägel öfters verloren gingen und schließlich verkümmerten. Die meist befallene Haut der Hände, Füße und Unterschenkel wurde narbig, atrophisch. Keine Konsanguinität der Eltern, keine Heredität. Keine endokrinen Störungen. WR ++++. (Wahrscheinlich Lues congenita.) Neben dem typischen Bild an den Extremitäten Beteiligung der Mundschleimhaut. An den Händen zahlreiche Milien, zum Teil ohne sichtbare Blasenbildung unter klinischer Beobachtung entstanden. Normales Blutbild. Histologisch: hochgradige lokale Eosinophilie.

3. W. Fischer demonstriert: a) einen Fall von **Erythema induratum Bazin** bei einem sonst gesunden jungen Mädchen, der durch das zeitweise Auftreten einer stark positiven WR bemerkenswert erscheint, eine darauf eingeleitete Salvarsanbehandlung brachte keine Besserung, die Reaktion, die im November 1924 noch positiv war, ist jetzt spontan negativ geworden.

b) Einen Fall von **Psoriasis** mit stark vererblicher Tendenz (Vater und eine Tochter befallen), die nach 20jährigem normalen Verlauf plötzlich eruptionsartig die Handteller befiel. Das klinische Bild war anfangs das eines keratotischen Exanthems, wie man es bei Lues sieht; aus den Hornpapeln entwickelten sich schnell blutige Effloreszenzen, deren Kavum mit Detritus gefüllt war: ein Befund, wie man ihn bei blennorrhoischen oder septisch-rheumatischen Exanthemen zu sehen gewohnt ist.

c) Eine über die Kopfhaut generalisierte **Acne necrotica** von auffallend akutem Charakter (seröse Durchtränkung der Schörfe, entzündliche Schwellung der Umgebung). Röntgentherapie scheint günstig einzuwirken. Pat. ist nur leichter Raucher, so daß man Nikotinmißbrauch für das Auftreten des Leidens nicht anschuldigen kann; überhaupt trifft wohl diese von französischer Seite aufgestellte Hypothese nicht allgemein zu; einmal hat F. allerdings bei einer starken Raucherin eine Acne necrotica gesehen, wo man das Nikotin vielleicht mit als ätiologischen Faktor einstellten konnte.

Diskussion. Zu 1: Blumenthal sah häufiger bei Tuberkuliden eine positive WR — auch ohne Lues; meist sind aber nicht alle Syphilisreaktionen gleichmäßig stark positiv.

Digitized by Google

4. Pinkus: Demonstration von Plattenmodellen der menschlichen Schweißdrüsen:
a) Montgomerysche Knötchen,
b) e-Drüse neben Kopfhaar,
c) Haargruppe mit e-Drüsen und a-Drüsen,
d) Zum Vergleich Haut vom Orang-Utan mit Haarfollikeln, Muskulatur und Drüsen.
(Erscheint ausführlich.)

Referatenteil

redigiert von Dr. Marie Unna, Hamburg-Bergedorf.

Fachzeitschriften.

Giornale italiano delle malattie veneree e della pelle.

1924, Bd. 65, H. 5.

1. **Der erste Fall von autochthoner Leishmaniosis der Haut in der Provinz Cagliari** (Il primo caso di leishmaniosi cutanea autoctona nella provincia di Cagliari), von G. Mariani, Univ.-Hautklinik Cagliari. S. 1581. Ausführliche Beschreibung des mikroskopischen Befundes. Der Krankheitserreger gelangt in die Lymphwege. Reaktion des Endo- und Perithels, zuerst dort, dann auch an den Blutgefäßen. Anhäufung von Lymphzellen, junggebildeten Zellen und Makrophagen. Hierdurch Zerstörung der gefressenen Schmarotzer. Rückbildung dieser Zellgruppe mit Einschluß in Haufen von Epitheloidzellen. In diesen Bildung vielkerniger Riesenzellen mit Mastzellengürtel. Allgemeine Vermehrung der Mastzellen. Mesenchymzellen mit azidophilen Granula. In den tuberkuloiden Herden Verschluß der Gefäße; an der Peripherie Neubildung von Bindegewebe und Gefäßen. Hier Neuinvasion durch die Parasiten mit den geschilderten Folgeerscheinungen. Im alten Zentrum sind sie dagegen bereits erledigt. Zu einer richtigen Verkäsung kommt es trotz der tuberkelähnlichen Gestaltung nicht.

2. **Über den Lichen sclerosus** (Sul lichen scleroso, note cliniche, istologiche e critiche), von A. Mibelli, Hautkl. Florenz. S. 1605. Klinische und histologische Beschreibung. Gleichzeitige Anwesenheit von Lichen ruber neben sklerotischen Flecken. Keine Beobachtung von Übergehen der einen Krankheitsform in die andere. Unter dem Namen des Lichen sclerosus oder atrophicus sind verschiedenartige Krankheitsbilder vereinigt: einige betreffen Lichen mit nachfolgender Hautatrophie, andere dagegen umschriebene und oberflächliche sklerotische Flecke; diese gehen nur selten aus Lichen-planus-Knötchen hervor; sie können mit ihnen vergesellschaftet und davon unabhängig sein. Der ersteren Gruppe gebühre der Name Lichen atrophicus, und nur der zweiten, welche den ersten Veröffentlichungen Dariers und Hallopeaus entspreche, der des Lichen sclerosus. Dieser ist von der umschriebenen und oberflächlichen Sklerodermie nicht abzutrennen, ist vielleicht nur eine Abart derselben. Es handelt sich in beiden Fällen wohl um besondere Reaktionen auf verschiedene Giftstoffe eines hinsichtlich der endokrinen und sympathischen Funktionen geschädigten Bodens.

3. **Über 2 Fälle der Fox-Fordyceschen Dermatose** (Su due casi della dermatosi di Fox-Fordyce), von E. Freund. S. 1636. 2 Fälle; der eine entspricht klinisch und histologisch den Schilderungen der Autoren, der andere nur histologisch und sieht klinisch einer Acanthosis nigricans ähnlich; hier auch Syphilis, schwere Erkrankung der inneren Geschlechtsteile (des Weibes), Dysmenorrhoe und Vagotonie. Von anderen Fällen unterscheiden sich die hier veröffentlichten durch den Mangel jedes Juckens. Für die Erweiterung der Schweißdrüsen sind wohl die Veränderungen der Wand und des benachbarten Gewebes haftbar zu machen. Zwischen der Fox-Fordyceschen Krankheit und dem Lichen Vidal bestehen trotz mancher Ähnlichkeiten im histologischen Bild klinisch die größten Verschiedenheiten. Vielleicht hängt die klinische Verschiedenheit der beiden Fälle mit einem verschiedenen Zustand der Häute zusammen.

4. **Über einige Mikrosporiefälle von Microsporon felineum** (Sopra alcuni casi die microsporia da M. Felineum [C. Fox e F. Blaxall, 1896]), von A. Radaeli, Univ.-Hautkl. Genua. S. 1670. 9 Fälle.

Digitized by Google

5. **Endokrine Gleichgewichtsstörung und Psoriasis (Versuche, Ergebnisse und Betrachtungen an einem Falle)** (Squilibrio endocrino e psoriasi [prove, risultanze e considerazioni su di un caso]), von R. Bertanzi, Univ.-Hautkl. Mailand. S. 1686. Ein 25jähr. psoriasiskrankes Mädchen bot die Zeichen verminderter Ovarial- und Nebennierentätigkeit bei gesteigerter der Hypophyse. Die letzteren beiden werden als sekundär betrachtet. Pharmakodynamische Versuche mit Adrenalin, Pilokarpin, Hypophysenextrakt, Atropin und Endoovarin zeigten eine tiefgehende Störung im Zusammenarbeiten des vegetativen Nervensystems, gesteigerte Empfindlichkeit und übermäßige Reaktion. Die erhaltenen Resultate möchte Verf. nicht bloß auf substituierende Opotherapie, sondern auch auf kolloidalen Chok zurückführen.

6. **Wismutstomatitis (histologische Untersuchung und experimenteller Beitrag)** (La stomatite bismutica [studio istopatologico e contributo sperimentale]), von G. Armuzzi und R. Strempel, Univ.-Hautkl. Bonn a. Rh. S. 1704. Schwerste Verschwärungen konnten nur experimentell beim Tier erzeugt werden. Verwendet wurden Trepol, Bismogenol, Milanol, Bilusal. Schon bei den einfachsten Wismutstörungen (dem Wismutsaum und den Pigmentationen) sind Störungen der Lebenstätigkeit und des Baues der Epithelien zu beobachten, welche das Eindringen der Wundbakterien erleichtern. Durch die Bildung von Schwefelwismut kommt es zum Verschluß der Kapillargefäße der Papillen, aber auch der Gefäße der tieferen Schicht, zur Schädigung der Gefäßwände und zur Ablagerung von Schwefel-Wismutinseln in der Umgebung.

7. **Die syphilitischen Veränderungen des Nabelstranges** (Le alterazioni sifilitiche del cordone ombelicale), von C. Gargano, Chir. Univ.-Kl. Neapel. S. 1712. 2 Typen: 1. Nabelstrang anscheinend normal. Arterien- und Venenintimä beträchtlich verdickt, Lockerung der Muskelbündel der Media, geringe Vermehrung der elastischen Fasern und Inseln kleinzelliger Infiltration. 2. Nabelstränge stark verdickt. Zerstörung der Intima, starke Auseinanderreißung der Muskelbündel. In beiden Fällen bindegewebige Umwandlung der Schleimzellen. Vermutlich entwickelt sich Prozeß II aus Prozeß I.

8. **Behandlung der Hypertrichose des Weibes mit der Diathermokoagulation** (Trattamento della ipertricosi muliebre con la diatermocoagulazione), von G. Lanzi, Univ.-Hautkl. Rom. S. 1718. Der Verf. hat sich einen kleinen Apparat selbst erbaut, um die Diathermie für die Depilierung verwenden zu können. Der Strom wirkt nur $^1/_{300}$ Sek. lang ein, zerstört die Blutgefäße der Papille, ruft aber keine weiteren Zerstörungen hervor.

1924, Bd. 65, H. 6.

1. **Lichen und Spinolusismus. Zur Frage einer nicht leicht bestimmbaren spitzigen Abart von Lichen** (Lichen e spinulosismo. A proposito di una varietà acuminata di lichen di non facile classificazione), von A. Mibelli, Univ.-Hautkl. Florenz. S. 1741. 12jähr. Knabe. Besonders an den Streckseiten der Glieder, am Rücken, in der Pulsgegend und den Dorsalseiten der Finger konisch zugespitzte Knötchen. Histologisch umschriebene Entzündungsherdchen um die Öffnungen der Haarbälge und Schweißdrüsengänge neben Hyperkeratose dieser Stellen. Die Verhornungsanomalie wird auf Besonderheiten des Bodens zurückgeführt. Diese seien in einer latenten Tuberkulose gegeben.

2. **Über einen Fall von Erythema anulare centrifugum (Darier)** (Sopra un caso di eritema anulare centrifugo [Darier]), von A. De-Bella. S. 1757. Der Fall dauerte 8 Monate. Der Ausschlag ging nach Behandlung eines gleichzeitig vorhandenen Mastdarm- und Gebärmutterscheidenkatarrhs zurück. Die Kreise waren im Gegensatze zu Dariers Beschreibung nicht ununterbrochen, sondern zeigten noch das Hervorgehen aus zusammengeflossenen Knötchen; die Lokalisation war mehr die eines Erythema exsudativum. Die Krankheit ist offenbar infektiös-toxischen Ursprungs.

3. **Klinische und pathogenetische Betrachtungen über einige Melanodermien unbekannter Ursache** (Considerazioni cliniche e patogenetiche su alcune melanodermie ad etiologia oscura), von F. Flarer, Univ.-Hautkl. Pavia. S. 1764. 1. Fall: Braunfärbung besonders an der Vorderseite des Rumpfes und an den Oberschenkeln. Hypofunktion des Sympathikus und der Hypophyse. Günstige Beeinflussung mit Hypophysenpräparat (Infundibulin). — 2. Fall: Ebenfalls örtlich begrenzt. Gleichmäßige Bronzefarbe und Hyperämie der befallenen Teile. Starkes Juckgefühl. Abschwächung der Adrenalinreaktion, erhöhte Vasomotorentätigkeit und Abschwächung des Reflexes der Arrektores sprechen für Sympathikusstörung. Daneben besteht eine Hypophysenstörung. Besserung auf Hypophysin. — 3. Fall: Ähnlicher Befund. Gefühl von Schwäche, fliegende Hitze,

Digitized by Google

Herzbeschwerden, Hautjucken. Deutliche Sympathikusstörungen und Abweichungen in den Adrenalin- und Hypophysenreaktionen. — 4. Fall: Fleckenartig in verschiedener Intensität aufgetretene Pigmentierung besonders im Gesicht und an den Vorderarmen. Starkes Schwächegefühl, Abmagerung, Magen-Darmstörungen und Erniedrigung des Blutdruckes. Diagnose: Morbus Addison. Besserung auf Adrenalin und Rückfall nach Aussetzen der Adrenalinbehandlung. Verf. verweist auf die Wichtigkeit der Untersuchung des Sympathikus und der endokrinen Tätigkeit in solchen Fällen, welche Fingerzeige für eine aussichtsreiche Behandlung geben kann.

4. Beobachtungen über den Atmungsprozeß der Eiterzellen, untersucht mit der Dinitrobenzolmethode (Osservazioni sul processo respiratorio delle cellule del pus, studiato col metodo al m. dinitrobenzolo), von A. D'Avanzo, Path. Univ.-Inst. Neapel. S. 1785. Eiter des Trippers, Tuberkuloseneiter und solcher gewöhnlicher Eiterungsvorgänge reduziert nicht bloß bei 38°, sondern auch bei Zimmertemperatur m-Dinitrobenzol. Diese respiratorische Fähigkeit ist streng an die Unversehrtheit der chemisch-physischen Zusammensetzung des Protoplasmas gebunden. Trippereiter reduziert am kräftigsten. Verschiedene Antiseptika erhöhen in schwacher Dosis den Stoffwechsel, heben ihn aber in starker auf.

5. Beitrag zur Kenntnis der arteriosklerotischen Hautveränderungen (Contributo allo studio dell' arteriosclerosi cutanea), von M. Monacelli, Univ.-Hautkl. Rom. S. 1793. 10 Fälle. Die kleinen Hautgefäße beteiligen sich selten an der Arteriosklerose des übrigen Körpers. Auftretende Veränderungen sind nach Schwere und Zeit unabhängig von diesen. Auch entsprechen sich Gefäßerkrankungen der Haut und senile Hautatrophien durchaus nicht immer, was für eine Unabhängigkeit der beiden Vorgänge voneinander sprechen würde.

6. Untersuchungen über das Gift der Warze, des Papilloms und des Condyloma acuminatum (Studi sul virus della verruca, del papilloma del condiloma acuminato), von A. Serra, Univ.-Hautkl. Sassari. S. 1808. Abimpfungen von spitzen Kondylomen hafteten bei mehreren Personen auf Haut- und Schleimhäuten. Dort boten sie das Bild der Warze, hier des Papilloms. Die Impfwarzen wurden Ausgangsort für Tochterwarzen.

7. Paraurethrale Kanäle und paraurethrale Drüsengänge beim Weib. Betrachtungen über einen seltenen Fall von Gonokokkeninfektion eines weiblichen Paraurethralkanales (Canali parauretrali e dotti ghiandolari parauretrali nella donna. Considerazioni su di un raro caso di infezione gonococcica di un canale parauretrale femminil). von A. Crosti, Univ.-Hautkl. Mailand. S. 1815. Abbildungen.

8. Beitrag zur Histopathologie der Zervixveränderungen bei der Blennorrhoe der kleinen Mädchen (Contributo all'istopatologia delle alterazioni cervicali nella blenorragia delle bambine), von T. Scomazzoni, Univ.-Hautkl. Mailand. S. 1833. Ohne Besonderheiten.

9. Die Behandlung mit Eigenblut bei einigen Komplikationen der venerischen Krankheiten (L'autoemoterapia in alcune complicanze delle malattie veneree), von L. Bussalai und A. Devoto, Univ.-Hautkl. Genua. S. 1844. Gute Erfolge bei venerischen Bubonen, blennorrhoischen Gelenkerkrankungen und akuter Vorsteherdrüsenentzündung. Blennorrhoische Hoden- und Nebenhodenerkrankung antworten beträchtlich weniger gut. Die Autohämotherapie wirkt wohl durch Veränderung des Gleichgewichtszustandes der kolloiden Substanzen des Blutes, was sich in den auftretenden Blutveränderungen verrät. Keine Nebenwirkungen. Keine Gegenanzeige.

10. Ein Fall von Primäraffekt des behaarten Kopfes (Un caso di sifiloma iniziale del cuorio capelluto), von C. Felugo-Genua. S. 1850. Abbildung.

A. v. Notthafft-München.

Revista Dermatologica Argentina.

1923, Bd. 10.

Nebenwirkungen der Arsenobenzole (Accidentes de los Arsenobenzoles), von G. Milian-Paris. S. 7. Verf. unterscheidet bei den Salvarsannebenwirkungen zwei Typen: 1. die lokalen, zu denen er die Venenthrombosen, die Abszesse und die Gangrän rechnet, 2. die allgemeinen. Hier trennt er die nicht toxischen von den toxischen. Zu den nichttoxischen rechnet er die Herxheimersche Reaktion, die Syphilisrezidive, die oft kurz nach Beendigung einer Arsenkur auftreten und durch erneute Arsenbehandlung

Digitized by Google

beseitigt werden, und die biotropischen Nebenwirkungen (pyogene Infektionen, Herpes zoster, Pityriasis rosea, Lichen planus und latente Psoriasis sowie latente Malaria und das sogenannte neurotrope Erythem. Zu den toxischen Erscheinungen zählt er: 1. kleine Erscheinungen von Intoleranz, 2) die Crises nitroides, 3. das Erythema exfoliativum, 4. die Apoplegia serosa, 5. Hämorrhagien in Form von Purpura, deren Auftreten Kopfschmerzen vorangehen.

Primäres Hautsarkom (Sarcoma primitivo de la piel), von M. Aberastury. S. 17. Bei einem 44jähr. Landarbeiter entwickelte sich 3 Jahre nach einem Fall vom Pferde, der eine Subluxation des linken Oberarms zur Folge gehabt hatte, ein großer elefantiatischer Tumor, der sich sowohl nach der Brust und dem Rücken, als auch auf den ganzen linken Arm ausbreitete und unter großen lokalen und allgemeinen Beschwerden zum Tode führte. Die Sektion ergab ein globo-zelluläres Sarkom, das von der Haut seinen Ausgang genommen und sich auf die darunter liegenden Gewebe ausgedehnt hatte. Die enormen Mediastinaldrüsentumoren komprimierten die großen Gefäße, das Herz und die Lungen. Daneben bestand eine sero-sanguinolente, doppelseitige Pleuritis.

Leishmaniosis mit ausschließlicher Lokalisation an den Schleimhäuten der Nase, des Pharynx und Larynx (Leishmaniosis con localizacion exclusiva en las mucosas nasofaringeas y laringes), von M. Aberastury. S. 19. Die Anamnese des 20jährigen Kranken, von Beruf Schmied, ergab ein zweifelhaftes syphilitisches Geschwür, das mit Neosalvarsan- und grauen Ölinjektionen behandelt worden war. 2 Jahre vor dem vermeintlichen Ulcus durum begannen die Veränderungen der Nase im Anschluß an einen trockenen, heftigen Nasenkatarrh. Es bildeten sich in der linken Nasenhöhle Granulationen, die die Höhlung ausfüllten und langsam wuchsen. Später entstanden eine Perforation der knorpligen Nasenscheidenwand und Granulationen auch an der rechten Nasenseite. Das Volumen der Nase vergrößerte sich beträchtlich. Die Stimme wurde rauh und geringe Anstrengungen verursachten Atembeschwerden, die Haut der Nase zeigte keine Veränderung. Dagegen war der Nasopharynx und der Pharynx mit Granulationen besetzt, die sich nach unten auf die Epiglottis und die Stimmbänder fortsetzten, den Ösophagus aber freiließen. Es wurde die klinische Diagnose Leishmaniosis gestellt. Durch Serien von Injektionen mit Tartarus emeticus (10%ige Lösung), jeden 2.—3. Tag 5—10 cg, wurde im Laufe von 3 Monaten völlige Heilung erzielt.

Dermatitis ulcerosa durch Streptobazillus (Dermatitis ulcerosa en placas multiples causadas por el estrepto bacilo de Ducrey), von M. Aberastury. S. 22. Bei dem 23jähr. Kranken entwickelten sich zuerst auf der linken Körperseite Blasen am Ellbogen, dem Oberschenkel und der Achsel. Später entstanden an beiden Oberschenkeln multiple, entzündliche, eiternde Geschwüre, die an Tuberkulose, Lues und Blastomykose erinnerten. Die mikroskopische Untersuchung, ebenso wie der Impfversuch ergaben als Ursache der Geschwüre den Streptobazillus. Es erfolgte schnelle Heilung unter Jodtinktur und Phenolkampfer.

Sklerodermie und Sklerodaktylie durch Polyneuritis leprosa (Sindrome de esclerodermia con esclerodactilia por polineuritis leprosa), von M. Aberastury. S. 25. Bei einem 36jähr. Portugiesen, von Beruf Schiffer, entwickelte sich nach einem Fall ins Wasser und mehrstündigem Verweilen darin unter heftigem Fieber und starken Schmerzen in den oberen und unteren Extremitäten eine starke Schwellung der Hände und Vorderarme, der Füße und Unterschenkel. Nach einiger Zeit stellten sich am Rumpf Eruptionen von erythematösem Typus ein, aus denen sich schließlich zentral depigmentierte, peripher hyperpigmentierte Plaques bilden. Ein Jahr nach Beginn der Schwellung verschwindet das Fieber, und es tritt an Stelle der ödematösen harten Infiltration ein atrophisches Stadium ein. Es bildet sich der typische Symptomenkomplex der Sklerodaktylie heraus, indem es gleichzeitig zum Muskel- und Knochenschwund kommt. Es handelt sich um eine Polyneuritis leprosa, die zu trophischen Störungen der Muskeln, Knochen und der Haut geführt und sensible Störungen, besonders Anästhesie vom Typus der syringo-myelitischen, hervorgerufen hat.

Raynaudscher Symptomenkomplex durch Pellagra verursacht (Sindrome de Raynaud imputable à la pelagra), von M. Aberastury. S. 27. Bei einem 60jährigen Italiener aus Fiume entwickelte sich im 20. Lebensjahr das typische Bild der Raynaudschen Krankheit: Absterben, Erblassen und Unempfindlichkeit der Hände und Füße. Später entstanden gangränöse Flecke, die zu Geschwürsbildung und Verlust mehrerer Finger und Zehen führte. Verf. nimmt an, daß der Symptomenkomplex der Raynaudschen Krankheit und die kausale Polyneuritis abhängen von einer Avitaminose, welche nicht, wie anfangs angenommen, Beri-Beri, sondern Pellagra und dem ausschließlichen

Digitized by Google

Genuß von Polenta zuzuschreiben ist. Die Übersiedelung nach Amerika mit dem Wechsel der Lebensweise und Ernährung hat nach Verf. den Kranken wahrscheinlich vor einer größeren Entwicklung des Prozesses bewahrt.

Sindrome de Morvan, von M. Aberastury. S. 30. Bei dem 50jähr. Kranken, starker Trinker, entwickelte sich vor 3 Jahren unter heftigen Schmerzen am rechten Bein an der dritten Zehe des rechten Fußes eine sanguinolente Blase ohne Schmerzen und ohne Veränderung der Hautfarbe. Später bildete sich ein harter, anhaftender Schorf, nach dessen Abfall ein Geschwür entstand, daß sich ein bis zwei Monate später in der Oberfläche und Tiefe so weit ausdehnte, das man leicht und ohne Schmerz hervorzurufen mit einer Sonde bis in den Metatarsalknochen gelangte und dort einen beweglichen Sequester antraf, der sich spontan abstieß. Später kam es zu einer phlegmonösen Schwellung des Fußrückens und einer offenen Phlegmone am Fußrande und der Fußsohle, als deren Ursache sich eine Nekrose des mittleren Teils eines Metatarsus feststellen ließ. Nach Extraktion eines Sequesters schloß sich in wenigen Tagen die eiternde Wunde. Weitere Geschwürsbildung an diesem und auch am linken Fuß folgten und hatten den Verlust mehrerer Zehen zur Folge. Es handelt sich um die Morvansche Krankheit. Besonders charakteristisch dafür ist die absolute Analgesie, so daß der Kranke ohne jede Schmerzempfindung die Amputation von Zehen ertrug. Lepra und Syringomyelie ließen sich als Ursache ausschließen, möglicherweise hat das starke Potatorium als toxische Ursache die Entwicklung begünstigt.

Lymphadenie bei einem Fall von Syphilis hereditaria tarda (Linfadenia heredosifilitica tardia), von M. Aberastury. S. 33. Verf. beobachtete bei einem 21jährigen Kranken eine große Drüsenschwellung des Halses. Die einzelnen Drüsen, die sich scharf abgrenzen lassen, sind hart, auf Druck nicht schmerzhaft, ohne Erweichungsherde. Daneben besteht eine universelle Schwellung der Achsel-, Inguinal- und Epitrochleardrüsen. Milzschwellung fehlt. Auffallend ist die Asymmetrie des Gesichts, die rechte Seite ist weniger entwickelt als die linke. Auffällig sind die Veränderungen der Zähne, Hutchinsonscher Typus. Das rechte Sternalende der Klavikula ist dicker als das linke. An der Innenseite des linken Oberarms eine Knochenauftreibung von Mandelgröße. Beide Tibien stark verdickt in Säbelscheidenform. Diagnose: Syphilis hereditaria. Verf. hält die Lymphadenitis für eine Spätersoheinung der Heredolues. Nach 3 Neosalvarsaninjektionen (= 60 cg) starker Rückgang der Drüsenschwellungen.

Hiperkeratosis ictiosiforme congénita generalizada, von M. Aberastury. S. 37. Es handelt sich um einen typischen Fall von Erythrodermia permanens universalis ichthyosiformis desquamativa mit Hyperkeratosis bei zwei Geschwistern: 17jähr. Knabe und 12jähr. Mädchen. Im Gegensatz zur Ichthyosis vulgaris sind die Gelenkbeugen nicht frei. Die Affektion ist im Fötalleben entstanden und war bei der Geburt voll ausgebildet sichtbar. Bemerkenswert ist die lange Dauer des Prozesses, das Vorkommen in derselben Familie und das gleichzeitige Vorhandensein einer Sklerodaktylie vom Typus der Sklerodermie bei beiden Geschwistern.

Cubitus valgus als Zeichen von Syphilis congenita (Cubitus valgus como estigma de heredo-sifilis), von Pedro L. Balina. S. 45. Es handelt sich um einen 62jähr., verwachsenen Mann, der im Alter von 17 Jahren ein Geschwür am Penis gehabt hat, das unter lokaler Behandlung abheilte. Sekundärerscheinungen wurden nicht beobachtet, die WR war wiederholt negativ. Der Schädel groß, deformiert, der Thorax abgeflacht, die Beine nach außen verbogen vom Typus der O-Beine, die Tibien stark vergrößert mit unregelmäßigen Knochenauftreibungen im unteren Drittel. Es handelt sich hier um eine Osteoperiostitis syphilitica chronica, bestätigt durch das Röntgenbild, außerdem besteht ein Cubitus valgus. Bei dem Versuch des Kranken, die Arme auszustrecken, sieht man eine ausgesprochene Abweichung der Vorderarme nach außen, indem sich ein fast stumpfer humero-kubitaler Winkel bildet. Verf. erinnert sich, mehrere anologe Fälle bei Männern mit heredo-syphilitischen Erscheinungen gesehen zu haben.

Gelenkschlaffheit als Zeichen von kongenitaler Syphilis (Laxitud articular como estigma heredosifilitico), von Pedro L. Balina. S. 53. Die 27jähr. Kranke kam wegen einer Alopezie am linken Parietalbein in Behandlung. Der Vater ist im Alter von 79 Jahren an einer zerebralen Affektion gestorben. Von acht Geschwistern leben fünf. Eines starb bei der Geburt. Pat. zeigt außer einem leichten Cubitus valgus einen Cubitus laxus, indem bei forzierter Extension der Arme der Vorderarm sich nach unten biegt und einen stumpfen Winkel mit dem Oberarm bildet. Als Zeichen hereditärer Lues weist die Kranke einen großen Schädel, stark entwickeltes Kinn, leichte

Digitized by Google

Zahnveränderungen auf. Den Cubitus laxus sieht Verf. als eine Form der Dystrophia syphilitica an.

Die Behandlung des kindlichen Strophulus mit Euchinin (Tratamiento del estrofulo infantil por la euquina), von Pedro L. Balina. S. 57. Verf. empfiehlt bei Strophulus der Kinder den internen Gebrauch von Euchinin, eine Ätherverbindung des Chinins. Er gibt das Mittel mit etwas Milchzucker oder Süßholzpulver, um den bitteren Geschmack zu verdecken, und verordnet 5 cg Euchinin pro Tag und Jahr des Kindes. Bei Strophulus ferox verordnet Verf. das Aristochinin, welches in Tabletten von 0,5 g im Handel ist. Die Dosis für Kinder ist die gleiche wie bei Euchinin.

Hartnäckige syphilitische Aphthen der Mundschleimhaut (Aftas sifiloides rebeldes y persistentes de la mucosa bucal), von J. Cervera. S. 61. Verf. beschreibt an der Hand von zwei charakteristischen Abbildungen bei einer 28jähr. Frau das Auftreten hartnäckiger, mehrere Monate persistierender und schnell rezidivierender Aphthen der Schleimhaut der Lippen und der Zunge, verbunden mit starker Gingivitis und Salivation. Bei der Behandlung hatte sich nach erfolgter Reinigung der Zähne durch einen Zahnarzt Einpinseln mit einer Lösung von Neosalvarsan (0,3 in $^1/_4$ Liter Wasser) bewährt, ohne das Rezidive verhindert werden konnten. Vorübergehende Besserung wurde auch durch lokale Anwendung einer 2%igen Methylenblaulösung erzielt.

Eritema escarlatiniforme descamativo recidivante, von J. Cervera. S. 67. Eine 48jähr. Frau, Mutter von 13 Kindern, bisher stets gesund, erkrankte vor 3 Jahren zuerst 2 Monate nach dem Verschwinden der Menses an einer universellen fieberhaften Hauteruption. Diese Hauterkrankung vom Charakter eines Erythema scarlatiniforme desquamativum rezidivierte vielmals periodisch in den letzten 3 Jahren, und jeder neue Ausbruch zeigte getreulich dieselben charakteristischen Symptome der echten Eruption. Dem Ausbruch der Eruption gingen schwere Allgemeinerscheinungen (Frost, Fieber, Kopfschmerz, allgemeines Übelsein, Erbrechen) voraus. Es bestand starker Pruritus und die Desquamation begann schon früher als die Eruption sich am ganzen Körper entwickelt hatte. Eine Ursache für die Entstehung der Affektion konnte Verf. nicht finden.

Hidroadenomas eruptivos, von J. Cervera. S. 81. Verf. beschreibt bei einer 28jähr. Frau das klinische Bild und die charakteristischen, histologischen Merkmale von Hydrozystademonen. Auffallend bei der Kranken ist die Tatsache, daß sie nur an den Handtellern und Achseln eine minimale Schweißabsonderung besitzt. Auch eine Einspritzung von Pilokarpin konnte sonst am Körper Schwitzen nicht hervorrufen.

Canaliculitis penio-escrotal ulcerado blenorragica, von J. J. Puente. S. 87. Bei einem Tripperkranken bildete sich an der Unterfläche des Penis bis zur Raphe scroti eine wurmförmige Infiltration, an die sich die Entwicklung mehrerer Ulzerationen anschloß. In dem Sekret derselben wurde der Gonokokkus Neißer, der Pseudogonokokkus Rousseau und der Staphylococcus albus gefunden. Bezüglich der Entwicklung des Prozesses schließt Verf. Lymphangitis, paraurethrale und akzessorische Gänge des Penis aus und glaubt, daß es sich um die Lokalisation in einem embryonal präformierten Kanal handelt, wie sie Lichtemberg, Tourneux, Reichel und Herzog beschrieben haben.

Neuritis especifica del nervio acustico, von J. J. Puenta, S. 99. Es handelt sich bei dem Kranken um eine Erkrankung des Labyrinths und seiner Nerven, welche 5 Monate oder früher nach einer syphilitischen Infektion infolge einer unzureichenden Arsen-Bismutbehandlung sich entwickelt hatte. Heilung nach energischer Neosalvarsanbehandlung. Diagnose: Neurorezidiv.

Die Endokrinologie in ihrer Beziehung zum Ekzem (La endocrinologia en su relación al eczema), von J. L. Carrera. S. 103. Nach Verf. ist der Reflex der inneren Organe auf die Haut durch Vermittlung des Sympathikus nicht mehr zu leugnen. Nur so lassen sich gewisse Alopezien, Erytheme, Urtikariafälle erklären. Auch bei dem Ekzem kennen wir die Beziehungen des Sympathikus und der endokrinen Drüsen als ätiologische Momente. Der Einfluß des Schilddrüsen- und Eierstocksextrakts auf die Umwandlung des Fettes und die Beziehung der Adipositas zu vielen Ekzemen begründet unzweifelhaft die Abhängigkeit von Ursache und Wirkung. Die Ekzeme der Menopause und die bei chlorotischen jungen Personen mit Dysfunktion der Ovarien, die Ekzeme der Heredolues und Tuberkulose sind größtenteils abhängig von endokrinen Prozessen, welche die Einwirkung äußerer Ursachen erleichtern. Die pathologische Anatomie liefert dafür einige Beweise. Die Haut bei Hyperthyreoidismus zeigt verstopfte Drüsenlumina, ist anidrotisch, rauh, trocken, ohne lokale Abwehrkräfte. Auf diesem Gebiet entwickelt sich das Eczema flexurarum, das häufig durch Behandlung mit Thyreoidin zurückgeht. Viele Ekzeme entwickeln sich auf heredo-luetischer Grundlage als Folge einer endo-

Digitized by Google

krinen luetischen Erkrankung. Alle diese Ekzeme entstehen auf dem speziellen Boden der Vagotonie, viele sind von Asthma, manche sind gleichzeitig von Urtikaria begleitet, und die Behandlung mit Adrenalin gibt ausgezeichnete Resultate. In allen Fällen, in denen eine endokrine Störung bestand, hat Verf. je nach der Ursache mit Thyreoidin, oder Ovazidextrakt oder Adrenalin behandelt. Auch bei Neurodermitis hat das Adrenalin überraschende Erfolge ergeben. Bemerkenswert sind die schuppenden Ekzeme der Menopause und die bei funktionellen Störungen der Eierstöcke, welche sich an der Wange, den Ohren und der Kopfhaut lokalisieren und durch Behandlung mit Eierstockspräparaten glänzend beeinflußt werden.

Entwurf eines Gesetzes zur Bekämpfung der Lepra (Proyecto de ley para la defensa nacional contra la lepra), von M. Aberastury. S. 109. Verf. fordert rigorose Isolierung aller Kranken mit sehr ansteckenden Symptomen, relative Isolierung der weniger gefährlichen Kranken, gesundheitliche Überwachung der in ihren Häusern befindlichen Kranken. Die Arbeit enthält anhangsweise einen Entwurf des nationalen Gesetzes der Lepraprophylaxe. R. Ledermann-Berlin.

Mitteilungen aus der Literatur.

Syphilis.

b. Pathologie und Klinik.

Die Beziehungen zwischen allgemeiner Paralyse und somatischer Syphilis (On the Relation between General Paralysis and Somatic Syphilis), von Ph. M. Bigland, G. A. Watson und A. D. Bigland-Liverpool. (Lancet, 1924, Bd. 207, Nr. 5273, S. 588.) Von äußeren syphilitischen Erscheinungen wurden in 110 der männlichen Fälle (= 26%) Narben am Glied, an der Leistendrüsengegend usw., Pigmentflecken an den Beinen in 36 der männlichen und nur 3 der weiblichen Fälle gefunden. Die wichtigsten Veränderungen der inneren Organe betrafen das Herzgefäßsystem: in allen mit Ausnahme von 7 Fällen zeigte die Aorta pathologische Veränderungen, in 392 Fällen war das Bild einer ausgesprochenen Aortitis syphilitica vorhanden. Diese Aortitis ist charakterisiert durch relativ starke Erhebungen perlweißer Fibrosis, bei welchen späterhin Kontraktion Platz greift und diese zu den ganz typischen strahligen Narben führt. Auffallend war der unerwartet seltene Befund von Aneurysma (nur in 30 der Fälle). Die Fälle wurden insgesamt in 3 Serien eingeteilt: 1. solche, die Verdickungen in den kleineren Arterien (die relativ größte Zahl), 2. die einen fibrös-knotigen Zustand und 3. nur gewöhnliche Arteriosklerose aufweisen. 32 männliche nnd nur 13 weibliche Individuen hatten normale Gehirngefäße. Aus diesen eingehenden eigenen Untersuchungen und den Literaturstudien erscheint der Schluß berechtigt, daß bei allgemeiner Paralyse auch sonstige syphilitische Erscheinungen sehr häufig vorkommen. Das spricht gegen die neurotropische Theorie der allgemeinen Paralyse. Dagegen spricht auch die relative Seltenheit von allgemeiner Paralyse und Tabes bei Ehegatten. Andererseits wird die Theorie verminderter Widerstandskraft (Defekts) durch die Fälle, wo mehrere Glieder ein und derselben Familie, durch verschiedene Personen infiziert, alle dieselbe Art parenchymatöser Nervensyphilis entwickelten, die Familiengeschichten allgemeiner Paralyse in bezug auf ererbte geistige Schwäche, die Todesfalltabellen von Bolton u. a. mehr gestützt. Mag es eine spezielle neurotropische Art von Spirochäten außerdem geben — wofür allerdings manche bakteriologische Befunde sprechen —, so hat doch die Theorie der verminderten Widerstandskraft die größere Wahrscheinlichkeit für sich.

M. Stern-München.

Nichtsyphilitische Psychosen bei Syphilitikern (Nonsyphilitic Psychoses in Syphilitic Patients), von W. House-Portland, Ore. (J. Am. m. Ass., 1924, Bd. 83, Nr. 4, S. 239.) Syphilis kann seelische Störungen ursächlich bedingen oder bereits vorhandene Psychosen verschlimmern. Verf. bespricht die Differentialdiagnose zwischen spezifisch bedingten Geistesstörungen und den hauptsächlichsten Psychosen. Es muß davor gewarnt werden, bei positivem Ausfall der Seroreaktion alle pathologischen Erscheinungen des Organismus der syphilitischen Erkrankung zur Last zu legen; bei der großen Verbreitung der Lues werden in vielen Fällen die Geistesstörungen völlig unabhängig entstanden sein. M. Gumpert-Berlin.

Digitized by Google

Über kongenitale Lues, von C. Leiner. (W. m. W., 1924, Nr. 42, S. 2175, Nr. 45, S. 2339.) Auf einem Fortbildungskurs gehaltener Vortrag, der für den Dermatologen nichts Neues enthält. E. Langer-Berlin.

Die Diagnostik der hereditären Syphilis und die Veränderungen im Blutbefunde (Le diagnostic de la syphilis héréditaire et les alterations du milieu sanguin), von E. Leredde. (Presse méd., 1924, Nr. 61, S. 641.) Zunächst bringt L. einen kurzen Bericht über zwei Frauen, bei denen die zu behandelnden Beschwerden (Müdigkeit in andauernder Form, nächtliche Zuckungen in verschiedenen Gliedern; Verdauungsstörungen) nicht mit Syphilis in Verbindung zu stehen schienen und erst bei genauerer Beobachtung auf diese Ätiologie zurückgeführt werden konnten. In größerer Ausführlichkeit werden alsdann die Zeichen der hereditären Syphilis unter Einteilung in „sichere" und „wahrscheinliche" besprochen, wobei dargelegt wird, daß für die antiluetische Behandlung nicht unbedingt der einwandfreie Nachweis einer tatsächlichen Infektion abzuwarten ist. Verf. schildert als Beispiele für viele andere nur 4 Fälle, bei denen er auf Grund von Wahrscheinlichkeitssymptomen antiluetisch behandelte und höchst bemerkenswerte Resultate erzielte. Viel zu wenig beachtet wird noch der Blutbefund bei Säuglingen und Kindern mit hereditärer Lues. L. hat eine Serie von 71 Fällen auf den Blutbefund hin untersuchen lassen, wobei sich in keinem Falle normale Verhältnisse ergaben. Besonders auffällige Veränderungen waren dabei die Verminderung der roten Blutkörperchen und des Hämoglobins, ferner eine Monozytose und gelegentlich, wenn auch selten, Leukozytose, während das Auftreten von abnormen Zellformen (Myelozyten, Metamyelozyten, eosinophilen und basophilen Zellen) auch wiederholt beobachtet wurde. Frappant war in vielen Fällen die günstige Wirkung einer zweckmäßigen antisyphilitischen Behandlung. A. Philippi-Bad-Salzschlirf.

Bemerkungen zur Klinik der Lues congenita, von C. Neeken, Univ.-Kinderkl. Hamburg-Eppendorf. (M. Kl., 1924, Nr. 42, S. 1462—1464.) Bei der Geburt ist für die Diagnose die Anamnese von wesentlicher Bedeutung. Die ersten manifesten Erscheinungen treten noch bis in den 4. Monat auf. Trotz starker Hauterscheinungen und viszeraler Syphilis war in einigen Fällen die WR negativ. Die Mortalität betrug 50%, allerdings wurde ein Teil fast moribund eingeliefert. Bedeutungsvoll ist die verminderte Widerstandsfähigkeit gegenüber anderen Infekten. Rhinitis und Kubitaldrüsen sind für die Diagnose mit Vorsicht zu verwerten; am Knochensystem werden Veränderungen oft erst durch röntgenologische Untersuchung aufgedeckt. Veränderungen zeigten sich auch im Blutbild und Harn. Auf die Ernährung ist besonderer Wert zu legen; um das Stillen durch die Mutter fortsetzen zu können, muß man unter Umständen zur ambulanten Behandlung greifen, obwohl gegen diese Bedenken bestehen. Die Behandlung soll in möglichst kurzer Zeit eine möglichst nachhaltige Kur verabfolgen. Zur Verwendung kamen Mischspritzen von Neosalvarsan + Cyarsal oder Novasurol. Maßstab für den Behandlungserfolg gibt die WR, doch ist ihr Verhalten ein so sprunghaft wechselndes, daß sie kein sicheres Kriterium ist. E. Levin-Berlin.

Über die von Jonathan Hutchinson beschriebene Zahnverbildung, von J. Hirschberg. (D. m. W., 1924, Nr. 43, S. 1478.) Hutchinsons Aufstellungen wurden hauptsächlich deshalb häufig mißverstanden, weil die von ihm in seinem Originalwerk von 1863 niedergelegten Leitsätze nicht genügend beachtet wurden. Die Hauptsätze lauten: 1. „Die Verbildung betrifft die bleibenden Zähne." 2. „Wenn die oberen mittleren Schneidezähne zwergartig sind, zu kurz und zu schmal, und wenn sie eine einzige zentrale Kerbe an ihrem freien Rand zeigen, dann ist die Diagnose Syphilis so gut wie sicher." Diese Art der Zahnverbildung hat sich stets für Lues spezifisch erwiesen. Sie kommt in 12% der Fälle von Hornhautentzündung vor. F. Harry-Wiesbaden.

Eine für Lues congenita charakteristische Formveränderung (Knospenform) an dem ersten Molaren, von H. Pflüger, Zahnärztl. Abt. Hamburg-Eppendorf. (M. m. W., 1924, Nr. 19, S. 605.) Der erste Molarzahn erfährt hierbei die Umänderung, daß seine Kaufläche durch Annäherung der Höcker aneinander kleiner ist als die Basis. Dieses Syphiliszeichen ist nicht sehr häufig. A. v. Notthafft-München.

Kongenitale Keratitis parenchymatosa und endokrine Störungen (Kératite parenchymateuse hérédosyphilitique et manifestations endocriniennes), von A. Cange und R. Antoine. (Gaz. des hôp., 1924, Nr. 75, S. 1237—1242; Nr. 77, S. 1271—1275.) 14jähr. Mädchen mit positiver WR, interstitieller Keratitis, die zwar auffallenderweise einseitig ist, aber als kongenital aufgefaßt wird mit Rücksicht auf andere Erscheinungen kongenitaler Syphilis. Endokrine Störungen in Form von Akrozyanose, entsprechend den sogenannten „Mains hypogénitales". Es dürfte eine pluriglanduläre Störung anzu-

Digitized by Google

nehmen sein, und zwar auf Grundlage der Syphilis. Unter Anführung reichlicher Literatur wird die Frage der Genese der interstitiellen Keratitis und ihres Zusammenhanges mit den endokrinen Störungen besprochen. E. Levin-Berlin.

Lues congenita und Anämie, von H. Pogorschelsky, Univ.-Kinderkl. Breslau. (Mschr. f. Kinderhlk., 1924, Bd. 29, H. 1, S. 6.) Verf. sucht an Hand von drei mitgeteilten Fällen klarzulegen, daß es eine Anämie bei Lues congenita ohne bzw. vor jeder spezifischen Behandlung gibt. R. Ley-Kreuznach.

Pseudoleukämie auf hereditär-syphilitischer Basis bei einem 2jähr. Kinde (Pseudo-leucémie hérédo-syphilitique chez un enfant de 2 ans), von Gillot, Sarrouy und Thiodet, Société de Médicine d'Alger, 21. Juni 1924. (Presse méd., 1924, Nr. 60, S. 640.) Es handelte sich um ein Kabylenkind, das 3 Monate vor der Aufnahme im Anschluß an eine Masernattacke andauernd an Abmagerung, auffallender Blässe und leichtem Fieber litt. Von 5 Geschwistern 2 jung gestorben. WR und Hecht bei der Mutter negativ. Nach vergeblicher sonstiger Behandlung mit Chinin und Santonin Verabreichung von 5 Injektionen von Sulfarsenol (0,01—0,05) allgemeine Besserung. Verminderung der Leukozyten von 80000 auf 14000 im Kubikzentimeter. A. Philippi-Bad Salzschlirf.

Fieberhafte Lebererkrankungen bei Lues tarda im Kindesalter, von S. Buttenwieser und H. Bieberfeld, II. Inn. Abt. Städt. Krkhs. Friedrichshain in Berlin. (M. Kl., 1924, Nr. 47, S. 1649—1653.) 2 Fälle dienen zum Beweise dafür, daß auch die Lebererkrankungen bei Lues tarda im Kindesalter wie die tertiäre Leberlues bei Erwachsenen von lange anhaltendem Fieber begleitet sein können. Der Gang der Temperatur ist ein ausgesprochen intermittierender mit täglichen Remissionen der Temperatur bis fast zur Norm. E. Levin-Berlin.

Über das ungleichmäßige Befallensein von Zwillingen bei kongenitaler Syphilis (Om ulige Andel i den congenite Syfilis hos Tvillinger), von O. Haslund. (Hospitalstidende, 1924, Nr. 31, S. 481.) Der erste genauer beschriebene Fall von Verschontbleiben des einen Zwillings bei gleichzeitiger syphilitischer Erkrankung des anderen ist von Hutchinson mitgeteilt worden. Seitdem sind in der Literatur in der vorserologischen und in der serologischen Zeit (Martin, Reitschel) verschiedene, wenn auch nicht gerade viele Fälle dieser Art berichtet, denen H. folgenden Fall hinzufügt: Zwillingsknaben, bei der Geburt anscheinend gesund, Eltern leugnen Infektion: Vater gesund befunden, Mutter WR sicher positiv. Der eine Knabe wird 2 Monate alt mit hämorrhagischem Hautausschlag, positiver WR, Milz- und Leberschwellung aufgenommen. Exitus letalis. Sektion bestätigt Diagnose Syphilis congenita. Der Zwillingsbruder weist während der Dauer der Beobachtung bis in den siebenten Lebensmonat keinerlei syphilitische Erscheinungen auf, sondern gedeiht gut. — Etwas zahlreicher sind die Mitteilungen über das Auftreten von Syphilis in verschiedenartigen Entwicklungsstufen oder zu verschiedenen Zeitpunkten. L. Nielsen hat einen (noch nicht veröffentlichten) Fall dieser Art gesehen: Vater scheint nicht infiziert gewesen zu sein; Mutter in erster Ehe syphilitisch, durchgreifend behandelt, gibt bald nach Entbindung negative WR. Von dem Zwillingspaar bot der Knabe alsbald nach der Geburt syphilitische Papeln und kleine Geschwüre am ganzen Körper dar. Kalomel-Behandlung wiederholt nötig. Die Zwillingsschwester blieb frei von syphilitischen Symptomen und seronegativ. 3 Jahre alt gab sie eine positive Luetinreaktion bei zwei Gelegenheiten, doch ist sie abgesehen von einer positiven Pirquetreaktion und einem Röntgenschatten am Hilus bis dato, d. h. bis in ihr 10. Lebensjahr, durchaus gesund geblieben. Verf. schließt sich der von Olaf Thomsen vertretenen Ansicht von der Übertragung der Syphilis durch Plazenta und Nabelschnur an und betont die Notwendigkeit, diese Organe ausgiebiger zu untersuchen. A. Philippi-Bad Salzschlirf.

Zur Prophylaxe der kongenitalen Syphilis, von E. Levin, Städt. Fürsorgestelle für Geschlechtskrkh. Berlin-Neukölln. (M. Kl., 1924, Nr. 45, S. 1570—1571.) Es wird die Forderung aufgestellt, bei der Untersuchung weiblicher Personen, die an Syphilis leiden oder früher gelitten haben, stets auf Schwangerschaft zu fahnden, da die Pat. selbst es oft nicht für nötig halten, auf eine bestehende Schwangerschaft hinzuweisen. Nur so wird es möglich sein, die wichtige Forderung, jede syphilitische Schwangere zu behandeln, durchzuführen, um damit die beste Methode der Prophylaxe der kongenitalen Syphilis zu erfüllen. Zugrunde gelegt ist den Ausführungen ein Fall, in dem die vorher gut behandelte Kranke während der Schwangerschaft eine negative WR hatte, wegen deren von erneuter Behandlung Abstand genommen wurde, da die Schwangerschaft dem Arzte anscheinend nicht zur Kenntnis kam. Der Effekt war ein Kind mit manifesten Erscheinungen und stark positiver WR, bei übrigens weiter negativer WR der Mutter. Autoreferat.

Digitized by Google

Syphilis bei schwangeren Negerinnen. Untersuchung von 300 Fällen. Erfolge antisyphilitischer Behandlung. Dunkelfelduntersuchung bei der Diagnose der fötalen Syphilis bei der Sektion (Syphilis as a Complication of Pregnancy in the Negro: Analysis of Three Hundred Cases; Results of Antisyphilitic Treatment; Dark Field Examination as Aid in Diagnosis of Fetal Syphilis at Necropsy), von R. A. Bartholomew-Atlanta. (J. Am. m. Ass., 1924, Bd. 83, Nr. 3, S. 172.) Ein Vergleich von je 100 nichtsyphilitischen, unbehandelten syphilitischen und behandelten syphilitischen Frauen aus einer Frauenklinik einer südöstlichen Provinz, darunter viele Negerinnen, zeigt 3 mal soviel Fehl- oder Frühgeburten und 17 mal soviel Totgeburten bei den Syphilitikerinnen gegenüber den Gesunden. Sehr günstig wirkt die Behandlung während der Schwangerschaft, hier zeigt sich das zahlenmäßige Verhältnis fast um die Hälfte günstiger. Die Diagnose der Syphilis gründete sich außer auf die klinischen Erscheinungen auf die WR der Mutter im Blut, in Nabelschnur- bzw. Plazentablut, die WR des lebenden oder toten Kindes und den Spirochätennachweis in der Leber des toten Kindes. In den Fällen, wo die Sektion verweigert wurde, wurde das erforderliche Material durch Leberpunktion gewonnen. A. de Lemos-Hamburg.

c. Ätiologie und Diagnose.

Die experimentelle Syphilisforschung, von A. Buschke und M. Gumpert, Derm. Abt. Rud. Virch. Krkhs. Berlin. (Kl. W., 1924, Nr. 45 u. 46, S. 2061 u. 2109.) Übersichtsreferat.

Die sogenannte Kaninchensyphilis, von A. Seitz, Hyg. Inst. Leipzig. (M. m. W., 1924, Nr. 30, S. 1012.) Sie wurde in 3% der Kaninchen gefunden. Versuche. Inkubation 24—90 Tage. Nach Rötung und Schwellung flache, kaum schmerzhafte und wenig harte Geschwüre. Rötung, Härte und Geschwürsausdehnung geringer als bei syphilitischen Impfgeschwüren. Nach Abheilung der Geschwüre können die Spirochäten (Spirochaete cuniculi) in der Schleimhaut lange zurückbleiben. Daher Weiterverbreitung durch die Tiere. Keimübertragung auf die Jungen. Diese Spirochäte ist mit Anilinfarben, selbst nach Giemsa, schwer zu färben. Im Dunkelfeld ist sie starrer und weniger beweglich als die Pallida. Experimentell lassen sich Ratten infizieren. Die Spirochäte hat ihre große Bedeutung hinsichtlich möglicher Verwechslung der „Kaninchensyphilis" mit echter Syphilis der Versuchstiere und umgekehrt. A. v. Notthafft-München.

Versuche über die Agglutination der Spirochaeta pallida, von K. Blum, Deutsche Forsch.-Anst. Psychiatrie München. (M. m. W., 1924, Nr. 25, S. 826.) Die agglutinierenden Stoffe traten am Kaninchenserum erst allmählich auf. Es muß zu Generalisierung des Giftes und zur Einleitung von immunisatorischen Vorgängen gekommen sein. A. v. Notthafft-München.

Eine einfache Methode zur Darstellung der Spirochaete pallida in Schnittpräparaten, von W. Krantz, Univ.-Hautkl. Köln. (M. m. W., 1924, Nr. 19, S. 608.) Formolfixierung. Gefrierschnitt. Destilliertes Wasser. In 1‰ Ag NO_3-Lösung 4—24 h im Brutofen. Abspülen in Aqua dest. 30—60 Min. Reduktion in: Pyrogallol 0,2, Aq. 15 ccm, Muc. gummi arab. 5 ccm. Ausspülen in Wasser, Alkohol, Xylol usw. Gewebe gelbbraun. Spirochäten schwarz. Paraffinschnitte können nach Entparaffinierung ebenso behandelt werden. A. v. Notthafft-München.

Spirochätenbefunde bei den sogenannten Malayenfibromen, von Sobernheim-Bern. (Zbl. f. Bakt., 1924, Bd. 93, H. 1/4, S. 260.) Malayenfibrome sind Tumoren, die gewöhnlich in der Nähe der Gelenke, meist symmetrisch auftreten, erbsen- bis faustgroß sind und histologisch sich durch eine Außenschicht von fibrösem Bindegewebe mit bisweilen zentraler Nekrose charakterisieren. Es finden sich auch Veränderungen wie die des luetischen Gummas. Van Dijke und Oudendal erbrachten den Nachweis, daß Spirochäten des Pallidatypus die Erreger der Erkrankung sind. Verf. demonstriert zum Beweis mikroskopische Schnittpräparate (Silberimprägnierung nach Levaditi und Noguchi). F. Harry-Wiesbaden.

d. Serologie.

Bemerkungen zu dem Ergebnis der bisherigen Untersuchungen betreffend Abänderung der amtlichen Anleitung für die Ausführung der Wassermann-Reaktion, von P. Manteufel-Berlin-Dahlem. (Zbl. f. Bakt., 1924, Bd. 93, H. 1/4, S. 305.) Folgende Punkte der amtlichen Anleitung für die Ausführung der WR vom 1. Januar 1920 sind beanstandet worden: 1. Die Methodik der Feststellung der Ambozeptor-Gebrauchsdosis, wie sie im Versuch B der Anleitung dargestellt ist. Es wird der Einwand

Digitized by Google

erhoben, daß die antikomplementäre Wirkung der Extrakt-Serumgemische des Hauptversuches weit geringer ist als die der Extrakte allein, so daß der Vorversuch B keinen richtigen Maßstab abgibt. 2. Die Verwendung einer 5%igen Komplementverdünnung stößt in vielen Fällen auf Schwierigkeiten, indem diese Komplementmenge bei Anwendung der aus dem Vorversuch ermittelten vierfachen Ambozeptordosis keine Titerfeststellung ermöglicht. Es muß in solchen Fällen eine 10%ige Komplementverdünnung gebraucht werden. Auf diese Weise wird der beabsichtigte Zweck, die Sera mit kleinem und großem Komplementüberschuß zu prüfen, nicht erreicht. 3. Die Auswertung des Komplements im Vorversuch läuft nicht unter den Bedingungen des Hauptversuches ab, sodann liegt das Bedürfnis vor, die Ermittlung der minimalen Komplementdosis für den Hauptversuch nutzbar zu machen. Ferner sind die Verdünnungsreihen von $^1/_{10}$, $^1/_{20}$, $^1/_{40}$, $^1/_{80}$ und $^1/_{160}$ zu groß, da die wirksamen Dosen stets zwischen $^1/_{10}$—$^1/_{20}$ liegen. Die Kommission, die vom Reichsgesundheitsamt mit der Nachprüfung betraut worden ist, hat Vorschläge ausgearbeitet, die zur Vereinfachung und Verfeinerung des Verfahrens beitragen sollen. Die Kommission ist der Ansicht, daß die Zahl der zu verwendenden Extrakte von 3 auf 2 herabgesetzt werden kann. Ein Ausgleich für die Lockerung der Sicherheitsmaßnahmen wird dadurch geschaffen, daß man sogenannte spezifische oder schärfer eingestellte Extrakte benutzt. Eine Verfeinerung der Reaktion kann einerseits durch Auswertung des Komplements und durch Arbeiten mit denkbar geringem Komplementüberschuß im Hauptversuch, andererseits durch scharfes Einstellen der Extraktgebrauchsdosis und einheitliche Komplementgebrauchsdosis erreicht werden. Voraussetzung für eine genaue Komplementauswertung ist die Verwendung von Meerschweinchenserum, das am Tage vor dem Versuch entnommen und in der Nacht im Kühlschrank aufbewahrt wird. Die Einwände, die gegen die Auswertung des Komplements erhoben worden sind, beruhen hauptsächlich auf der Tatsache, daß der Komplementgehalt des Meerschweinchenserums recht erheblichen Schwankungen unterworfen ist. Es erscheint gegenwärtig unmöglich, allen Bedürfnissen durch Festsetzung von einheitlichen Dosen in einer amtlichen Anleitung gerecht zu werden. Hinzu kommt, daß die antikomplementäre Wirkung der einzelnen Extrakte recht verschieden ist. Verwendet man Extrakte mit starkem Eigenbedarf an Komplement, so dürfte man ohne Komplementtitrierung auskommen, wogegen bei Extrakten mit geringem Komplementverbrauch (z. B. Extrakt von Bordet und Roulens) die Feststellung der Komplementgebrauchsdosis zweckmäßig wäre. Zur Auswertung sollte man verschiedene negative Sera mischen und diese Mischsera mit den zu verwendenden Extrakten auf fallende Komplementdosen prüfen. Arbeitet man mit nur geringem Komplementüberschuß, so sind Extraktkontrollen überflüssig, da die Antikomplementärwirkung von Extrakt allein größer ist als die von Extrakt + Serum. Eine Verfeinerung des Verfahrens kann auch durch die von Jacobsthal und Graetz mitgeteilte Methodik (Bindung bei niederen Temperaturen) erreicht werden. F. Harry-Wiesbaden.

Zur Ausführung der Wassermannschen Reaktion mit wenigen Tropfen Blutes, von H. Grauaug-Baja, Ungarn. (Kl. W., 1924, Nr. 42, S. 1934.) Für Fälle, in denen eine größere Blutentnahme Schwierigkeiten macht, empfiehlt Verf. die Vornahme der WR nach folgender Methodik: Das dazu notwendige Instrumentarium besteht aus einer Frankeschen Nadel, 0,2—0,3 ccm fassenden Kapillarpipetten mit einem genügend langen Gummisaugansatz, einer 1 ccm-Pipette in 0,01 ccm geteilt und einem Zentrifugierröhrchen, daß mit 0,9 ccm physiologischer Kochsalzlösung gefüllt wird. Einstechen zur Blutentnahme in Fingerkuppe oder Ferse und Aufsaugen der Bluttröpfchen mit den Kapillarpipetten. Entleerung dieser nach Feststellung durch Ablesen der Blutmenge in das Kochsalzröhrchen, bis zu den 0,9 ccm Kochsalz 0,6 ccm Blut hinzugefügt sind. Zentrifugieren dieser Röhrchen, Abpipettieren und Inaktivieren der klaren Kochsalzserumverdünnung. Je 0,25 ccm dieser Kochsalzserumverdünnung enthalten etwa 0,05 ccm Serum. Zur weiteren Ausführung der WR nehme man soviel von dieser Serumverdünnung, als der notwendigen Serummenge entspricht, und setze entsprechend weniger Kochsalz im Versuch hinzu. E. Langer-Berlin.

Zur Technik meiner Aktivmethode der Seroreaktion bei Syphilis, von H. Hecht-Prag. (D. m. W., 1924, Nr. 40, S. 1374.) 1. Um die Antigenkontrolle verläßlicher zu gestalten, wird die Kochsalzlösung im gleichen Verhältnis mit 96%igem Alkohol versetzt wie die Antigenverdünnung (z. B. Antigen: 0,01 Antigen + 1 ccm NaCl-Lösung, Kontrolle: 0,01 Alkohol + 1 ccm NaCl-Lösung). — 2. Die Einzeldosis des Serums beträgt 0,1 ccm. Zur Auswertung sind 4 Röhrchen à 0,1 ccm erforderlich, die mit 0,1—0,4 ccm des 5%igen Hammelblutes aufgefüllt werden. —

Digitized by Google

3. Die gesamte Versuchsreihe wird gleichzeitig in den Thermostaten gebracht, nach 25 Minuten mit Hammelblut und nach weiteren 35 Minuten mit der für jedes Serum festgestellten Blutmenge aufgefüllt. — 4. Für den Versuch sind 2 Antigene erforderlich (Rinderherz- und Cholesterinextrakt). Das eine Antigen soll schwach und spezifisch, das andere stark empfindlich und weniger spezifisch eingestellt sein. Zu diesem Zwecke bestimmt man die gerade noch keine Hemmung zeigende Extraktdosis und nimmt davon die Hälfte für das erstere und drei Viertel der Dosis für das letztere Antigen. — 5. Nur frische Sera sollen verwendet werden.

F. Harry-Wiesbaden.

Klinische Bedeutung des negativen Ausfalles der Komplement-Fixationsprobe bei Syphilis (Clinical Significance of the Negative Outcome of the Complement Fixation Test in Syphilis), von Sigmund S. Greenbaum-Philadelphia. (Med. J. and Record, 1924, Bd. 120, Nr. 6, Sonderbeilage S. LXXXVII—XC.) Die Kolmersche Probe bedeutet bei positivem Ausfall mit absoluter Sicherheit Vorliegen von Syphilis (wenn auch nicht einer bestimmten Erscheinung), doch spricht negativer Ausfall nicht dagegen. Es werden die genugsam bekannten Umstände, unter denen ein negativer Ausfall der WR bei bestehender Syphilis vorkommen kann, des Näheren ausgeführt.

E. Levin-Berlin.

Zur Frage der Seruminaktivierung beim serologischen Luesnachweis, von E. Meinicke. (M. Kl., 1924, Nr. 35, S. 1217). In der Arbeit von Takenomata (M. Kl., Nr. 25, Ref. diese Wochenschr., Bd. 79, Nr. 43, S. 1432) wird Berücksichtigung der Trübungsreaktion vermißt, die mit aktiven Seren spezifische Ergebnisse zeitigt, mit inaktiven nicht. Doch sind auch mit diesen entsprechende spezifische Ergebnisse zu erreichen, wenn man sie vor Zugabe der Extraktverdünnung mit Alkali versetzt.

E. Levin-Berlin.

Unsere Erfahrungen über die Meinicke-Mikroreaktion, von V. Niederwieser, Kinderkl. Univ. Innsbruck. (W. kl. W., 1924, Nr. 39, S. 986.) Die Meinicke-Mikroreaktion leistet sehr Gutes und ist bei sorgfältigster Durchführung in Verbindung mit genauester klinischer Beobachtung imstande, in der Säuglings- und Kleinkinderpraxis die WR vielleicht zu ersetzen. Jedenfalls hat sie für die Kinderärzte eine große Bedeutung.

F. M. Peter-Hamburg.

Die Meinicke-Trübungsreaktion-Sol-Lösung, eine stabile, haltbare, stets gebrauchsfertige Extrakt-Kochsalzmischung zur Serodiagnostik der Syphilis, von E. Meinicke, Landesvers.-Anst. Hagen-Ambrock i. W., (M. m. W., 1924, Nr. 17, S. 554.) Meinicke wendet sich gegen die Ausführungen Hohns. Des letzteren Methode führt die Unbequemlichkeiten, welche die Meinicke-Originalmethode vermeidet, grundlos wieder ein. Um bei einer größeren Menge von Untersuchungen störende Nachtrübungen der Extraktverdünnungen zu vermeiden, genügt schon ein Stabilisieren dieser Lösungen für 15 Minuten. Dieses gelingt durch Alkali und Serum. Bei letzterem wirkt nicht etwa das Alkali. Für praktische Zwecke empfiehlt sich die Stabilisierung mit Alkali. Der Hauptwert der kurzfristigen Stabilisierung besteht darin, „daß man mit aktivem Serum arbeitet und bereits nach 1—2stündigem Aufenthalt des Versuchs bei Zimmertemperatur die MTR endgültig ablesen kann."

A. v. Notthafft-München.

Die Lues-Trübungsreaktion nach Meinicke und deren Modifikation nach Hohn, von K. L. Pesch u. H. Schütt, Hyg. Inst. Univ. Köln. (M. m. W., 1924, Nr. 31, S. 1061.) Die MTR nach Hohn scheint den Fehler der Originalmethode, unspezifisch-positive Ausschläge zu machen, zu vermeiden, ohne dabei an Reaktionsbreite erheblich einzubüßen. Ein weiterer Vorzug ist ihre größere Einfachheit.

A. v. Notthafft-München.

Über einige einfache Blutuntersuchungsmethoden für den ärztlichen Praktiker, von C. S. Engel-Berlin. (M. Kl., 1924, Nr. 45, S. 1560—1561.) Beschreibung einiger ohne Hilfe des Mikroskops leicht ausführbarer Untersuchungsmethoden, darunter, für den Nachweis der Syphilis, die der letzten Meinickeschen Trübungsreaktion. (Unbeschadet der Anerkennung der Vortrefflichkeit dieser Methode erscheint ihre kritiklose Anwendung in der Hand des Praktikers bedenklich! Ref.)

E. Levin-Berlin.

Die Kahnsche Reaktion bei allgemeiner Paralyse (The Kahn Test in General Paralysis), von J. S. Dudgeon-Whittingham. (Lancet, 1924, Bd. 207, Nr. 5273, S. 599.) Wegen der schwächeren Präzipitationsfähigkeit der Spinalflüssigkeit muß man für jede Probe 1 ccm derselben statt 0,3 (beim Blute) nehmen. Die Ergebnisse

Digitized by Google

sind in Summa folgende: Blut: Kahn positiv in 83 oder 89% der (93) Fälle, zweifelhaft in einem, Wassermann positiv in 83 oder 89%, zweifelhaft in 5 Fällen. Cerebrospinalflüssigkeit: Kahn positiv in 52 oder 55%, zweifelhaft in einem, Wassermann positiv in 54 oder 58%, zweifelhaft in keinem Falle. Eine große Anzahl der obigen (93) Fälle von allgemeiner Paralyse hat verschiedene Arten von Behandlung (Malaria, Phlogetan, auch kombiniert mit Salvarsan usw.) durchgemacht. Nur ein unbehandelter Fall gab negativen Kahn. Wenn auch nicht so empfindlich wie die Wassermannsche, ist die Kahnreaktion doch eine gute Vergleichsprobe. M. Stern-München.

Zur Serodiagnostik der Syphilis mittels „Benzocholextrakten", von H. Sachs u. A. Klopstock, Inst. f. exp. Krebsforschg. Heidelberg. (Kl. W., 1924, Nr. 40, S. 1818.) Zu ihrem früheren Aufsatz — siehe das Referat in Bd. 79, Nr. 48 d. W. — teilen die Verff. ergänzend mit, daß die Benzocholextrakte eine längere Lagerung nicht vertragen, da die Kochsalzverdünnungen dann leichter Ausflockung ergeben. Es ist daher darauf zu achten, daß man nur mit frischen oder nur kurze Zeit (8 Tage) lagernden Extrakten arbeitet, die dann einwandfreie Ergebnisse erzielen lassen. Dementsprechend werden von den Verff. in Zukunft der cholesterinierte Rinderherzextrakt und die alkoholische Benzoeharzlösung getrennt voneinander abgegeben. Der in der ersten Mitteilung zur Vergleichsuntersuchung empfohlene Lezithinzusatz zum Benzocholextrakt hat sich als überflüssig erwiesen. E. Langer-Berlin.

Über Erfahrungen mit der neuen Ausflockungsreaktion auf Lues nach Sachs und Klopstock, von E. Heyer, Path. Inst. Krkhs. Ludwigshafen a. Rh. (Kl. W., 1924, Nr. 46, S. 2099.) Verf. hat die von Sachs und Klopstock angegebene Reaktion im Vergleich mit der WR nachgeprüft und sie als sehr zuverlässig bei leichter und schneller Ablesbarkeit befunden. Nur in wenigen Fällen fanden sich unspezifische Reaktionen. Sie hat ferner den Vorteil, daß sie leicht anstellbar ist und am gleichen Tage mit der WR abgelesen werden kann. Verf. empfiehlt weitere ausgedehnte Prüfung, um die Reaktion der Allgemeinheit eventuell zugänglich machen zu können. E. Langer-Berlin.

Zur Serodiagnostik mittels Ausflockung, von H. Sachs und A. Klopstock-Heidelberg. (Zbl. f. Bakt., 1924, Bd. 93, H. 1/4, S. 167.) Verff. berichten über eine sehr einfache und schnelle Flockungsreaktion, die sich zur Untersuchung von Serum und Lumbalpunktat eignen soll. Als Antigen wird cholesterinierter Rinderherzextrakt benutzt, dem geeignete Mengen alkoholischer Benzoeharzlösung zugesetzt werden. Das Antigen muß rasch mit der 20fachen Menge physiologischer NaCl-Lösung vermischt werden. Fügt man nun 0,1 ccm Serum zu 0,5 ccm der Extraktverdünnung hinzu und schüttelt die Röhrchen 1—10 Minuten, so tritt eine Flockung ein, die man mit bloßem Auge wie eine Agglutination ablesen kann. Nach ½- bis 1stündigem Brutschrankaufenthalt stellen sich die schwach positiven Reaktionen ein. Negative Sera hellen sich durch den Aufenthalt im Brutschrank auf. Ein Zusatz von Lezithin zu dem mit Benzoeharz versetzten cholesterin. Rinderherzextrakt ruft eine leichte Aufhellung des Serum-Extrakt-Gemisches hervor, ohne daß die Intensität der Flockung leidet. Ebenso wirkt Cholesterin, wenn man es nach der Verdünnung des Extraktes mit physiologischer NaCl-Lösung hinzusetzt. F. Harry-Wiesbaden.

Ein Pipettierapparat zum Einfüllen der Reagentien bei der Wassermannschen Reaktion und den Ausflockungsreaktionen, von J. Hohn, Bakt.-serol. Laborat. Essen. (M. m. W., 1924, Nr. 35, S. 1199.) Beschreibung und Abbildung. A. v. Notthafft-München.

Zur Frage der Kollargolreaktion (vorläufige Mitteilung), von Hans Delbrück, Univ.-Kl. f. Psych. u. Nervenkrankh. Göttingen. (M. Kl., 1924, Nr. 43, S. 1508 bis 1509.) Der Zweck der Kollargolreaktion ist, durch eine Reaktion, die weniger empfindlich als die Gold- oder Mastixreaktion ist, Paralyse von Krankheiten zu trennen, die mit ihr verwechselt werden können. E. Levin-Berlin.

Über den Wert der Wassermannschen Reaktion und der kolloidalen Reaktionen für die Liquordiagnostik, von G. Blumenthal und T. Shirakawa, Inst. „Robert Koch", Serol. Abt. (M. Kl., 1924, Nr. 49, S. 1738—1740.) Der WR mit Originallueslebereextrakten erwies sich keine der kolloidalen Liquorreaktionen in diagnostischer Beziehung gleichwertig. Nur bei Lues cerebri scheinen sie in einem gewissen Prozentsatz mehr positive Ausfälle zu geben. Gold- und Mastixreaktion gestatten einen Rückschluß auf die Verteilung der Globuline und Albuminfraktionen im Liquor, ihre Kurvenablesung liefert aber diagnostisch für Lues nicht sicher ver-

Digitized by Google

wertbare Resultate. Bei beiden finden sich nicht selten unspezifische Ausschläge. Ihnen gleichwertig zeigte sich kolloidale Kieselsäure (Siliquid).

E. Levin-Berlin.

Über die Frage der Verwendbarkeit des Liquor cerebrospinalis zu diagnostischen Zwecken bei artifizieller Blutbeimengung; zugleich ein Beitrag zur Genese der Mastixkurve, von G. Wüllenweber, Med. Kl. Lindenburg, Köln. (Kl. W., 1924, Nr. 39, S. 1756.) Verf. hat an einer großen Anzahl von Fällen den Einfluß der Blutbeimengung auf die Mastixreaktion, und zwar sowohl des Normalliquors wie auch des Paralyseliquors geprüft, da dieses diejenige Liquorreaktion ist, bei der Blutbeimengung am allerwenigsten zu Störungen im Resultate führen, während bei allen anderen Reaktionen der Gehalt des Liquors an Blutserum von 1/160 oder etwa 0,37‰ Gesamteiweiß zu einer Unbrauchbarkeit der Methodik führt. Die Versuche haben folgendes ergeben: Ein Zusatz von 1,5% Gesamteiweiß macht in vielen Fällen die Unterscheidung, ob es sich um einen Normal- oder Paralyseliquor handelt, unmöglich, in manchen ist eine Unterscheidung jedoch noch zu treffen. Bei „0,75‰ Gesamteiweiß und 150 Erythrozyten" läßt sich bei der Mastixreaktion gegenüber allen anderen Liquorreaktionen ein vorteilhafter Unterschied bemerken, indem sie in nahezu allen Fällen eine Unterscheidung ermöglicht, die bei „0,37‰ Gesamteiweiß und 75 Erythrozyten" ganz deutlich ist, so daß diese und noch geringere Beimengungen von Serum bei der Mastixreaktion nicht störend sind. Interessant ist weiterhin, daß die Kurven des Normalliquors mit Blutbeimengung denen der Encephalitis epidemica, der multiplen Sklerose und der chronischen Systemerkrankungen des Rückenmarks gleichen. So kann man aus diesen Versuchen entschieden gewisse Schlüsse auf das Zustandekommen der betreffenden Kurven ziehen. In der Praxis verfährt der Verf. so, daß er vor der Anstellung der Mastixreaktion die Erythrozytenzahl des bluthaltigen Liquors bestimmt, dann zentrifugiert und das Gesamteiweiß feststellt. Das Ergebnis der Mastixreaktion vergleicht Verf. schließlich mit seinen in der Arbeit aufgezeichneten Standardkurven seiner experimentellen Untersuchungen.

E. Langer-Berlin.

Die Eiweißkörper des Liquor cerebrospinalis und die Goldsolreaktion nach Lange, von E. Bloch und H. Bieberfeld, Inn. Abt. Städt. Krkhs. Friedrichshain, Berlin. (Zschr. f. d. ges. exper. M., Bd. 40, S. 350.) Fragestellung: Entsprechen den verschiedenen Kurventypen der Goldsolreaktion Unterschiede in der elektrischen Ladung der Liquoreiweißkörper? Die „relative Azidität" — der Quotient $\frac{Ks}{Kb}$ — die die elektrische Ladung auch des Liquoreiweißes zu bestimmen erlaubt, erfolgt durch die Feststellung des isoelektrischen Punktes. — Es werden Puffergemische mit n Natriumazetat und in geometrischen Reihen absteigenden Mengen von n Essigsäure (Ionenkonzentration jeweils n/20) als Stammlösung angesetzt (p_H 3,8—6,2). Hauptversuch: Mischung von 1 ccm der verschiedenen Pufferlösungen mit je 1 ccm Alkohol und 0,25 ccm Liquor. Ablesung der entstehenden Trübung resp. Flockung bis zu 20 Stunden. Ergebnis: Je nach Art des Eiweißgehaltes entstehen Flockungszonen, die kurvenmäßig dargestellt (Abszisse: p_H-Werte; Ordinate: Trübungs- resp. Flokkungsstärke) den bekannten Goldsolkurven weitgehend entsprechen. Nach den niedrigen p_H-Werte — relative Azidität erhöht, Vermehrung der Albumine — ist die Flockungszone bei Meningitiden, nach den höheren p_H-Werten — relative Azidität erniedrigt, Vermehrung der Globuline — bei der progressiven Paralyse verschoben. Bei Tabes, multipler Sklerose und Lues cerebri entsprach das Flockungsoptimum dem normalen Liquor (p_H 4,8). — Der neuen Reaktion, die vor allem, was die Autoren selbst betonen, theoretischer Wegweiser sein soll, — die Veränderungen bei Tabes, multipler Sklerose usf. erscheinen allerdings auch nach ihren Ausführungen noch nicht eindeutig geklärt — dürfte aber auch als Bestätigungsreaktion der bisher üblichen Kolloidreaktionen ein praktisches Interesse zukommen. F. Georgi-Breslau.

Zur Punktion der Cisterna magna, von M. Pfister, Neurol. Abt. der Peking Union Medical College (Rockefeller-Institut). (M. m. W., 1924, Nr. 19, S. 603.) Es muß auf das Original verwiesen werden. Es sei nur hervorgehoben, daß Pfister die flach horizontale Lage des Patienten der hockenden vorzieht, daß die Beibehaltung der Medianlinie von höchster Wichtigkeit ist, daß er einmal einen höchst bedrohlichen Fall durch Verletzung des Atmungszentrums und einmal auffallende Besserung einer Gehirnsyphilis nach Salvarsaninjektion in der Zisterne gesehen hat.

A. v. Notthafft-München.

Digitized by Google

Zur Technik der Subokzipitalpunktion, von R. Stahl, Med. Univ.-Kl. Rostock. (Kl. W., 1924, Nr. 38, S. 1714.) Die Subokzipitalpunktion hat sich seit ihrer ersten eingehenden Beschreibung sehr gut bewährt und dient sowohl zu diagnostischen wie auch therapeutischen Zwecken. Bei richtiger Technik ist sie ungefährlich und für den Patienten angenehmer als die Lumbalpunktion, da die lästigen Nebenerscheinungen fast ganz fehlen. Wichtig ist sie besonders zu Feststellungen über die Liquorzirkulation, Blockierung des Wirbelkanals usw. Therapeutisch kommt sie in erster Linie zu Spülungen des Wirbelkanals in Frage. Eine wichtige Methode, die erst durch die Subokzipitalpunktion richtig ausgebaut werden kann, ist die Enzephalographie. Verf. hat nun, um ein leichteres und gleichmäßiges Arbeiten zu ermöglichen, zur Vornahme aller therapeutischen und diagnostischen Maßnahmen einen Apparat konstruiert, der sich aus einem Manometer und einem Saug- bzw. Druckpumpensystem zusammensetzt, dessen zahlreiche Einzelheiten Interessenten im Original nachlesen müssen. Durch diesen Apparat wird das Arbeiten mit jedesmal improvisiert zusammengestellter Hilfsapparatur erspart, und die gewünschten Werte sind leichter zu erhalten und für die Auswertung zuverlässiger. E. Langer-Berlin.

Über eine verbesserte Methode der Lumbalpunktion zur Ausschaltung des Meningismus, von W. Wechselmann, Dermat. Abt. Rudolph-Virchow-Krkh. (M. Kl., 1924, Nr. 50, S. 1761—1762.) Die unangenehmen Nebenerscheinungen der Lumbalpunktion lassen sich durch Anwendung dünner Punktionsnadeln vermeiden, doch zeigte sich, daß diese leicht abbrechen. Um sich dagegen zu sichern, empfiehlt sich die hier näher beschriebene Kombination einer Führungsnadel mit einem Lumen von 0,7 mm und einer 1 cm längeren Punktionsnadel mit einem Lumen von 0,4 mm. Die ineinander geschobenen und mit einem Mandrin verschlossenen Nadeln werden durch Haut, Unterhautzellgewebe, Lig. supraspinale und intraspinale eingeführt, dann nach Entfernen des Mandrins die Punktionsnadel durch das Lig. flavum geschoben. In dieser Form kann die Punktion auch ambulant ausgeführt werden.
E. Levin-Berlin.

Bemerkungen zu einigen Problemen des Liquordrucks, von M. Pappenheim-Wien. (W. kl. W., 1924, Nr. 40, S. 1023.) Es handelt sich um folgende Fragen: 1. der hydrostatische Druck, 2. die Beziehung zwischen Kopfbewegung und Liquordruck, 3. die Beeinflussung des letzteren durch tiefe Atmung. Die Bemerkungen des Verf. zu diesen Problemen enthalten einerseits eine kritische Würdigung des in der Literatur darüber Bekannten, andererseits seine persönliche Stellungnahme auf Grund der eigenen Beobachtungen und Experimente. A. Wittgenstein-Berlin.

Zur Geschichte der Okzipitalinzision und -punktion, von M. Westenhöfer-Berlin. (M. Kl., 1924, Nr. 50, S. 1791—1792.) Die Okzipitalinzision ist nicht erst in Amerika, sondern bereits 8 Jahre zuvor 1905 von W. vorgeschlagen und dann auch von chirurgischer Seite ausgeführt worden. Im Anschluß daran wurden bei chronischem entzündlichen Hydrozephalus die Unterhornpunktion und die Plexusresektion vorgeschlagen. E. Levin-Berlin.

c. Therapie.

Über kongenitale Lues, von C. Leiner. (W. m. W., 1924, Nr. 46, S. 2403.) Infolge der energischeren Behandlung und besseren Säuglingspflege ist die Mortalität der kongenital-luetischen Säuglinge von 70—80% auf 20—30% gesunken. Die Therapie muß nach Anschauung des Verf. möglichst kräftig sein. Daher empfiehlt er entweder die Müllersche Behandlungsmethode, die in der Darreichung von Kalomelinjektionen kombiniert mit Neosalvarsan besteht, oder seine eigene Methode der Behandlung mit Linserschen Mischspritzen von Neosalvarsan 0,02—0,03 pro Kilo Körpergewicht und Novasurol 1 Teilstrich des Ampulleninhaltes = 0,10. Im ganzen gibt Verf. im Laufe einer Kur 10—12 Injektionen. Er wiederholt die Kur nach einem Vierteljahr und läßt in 2 Jahren 3—5 Kuren machen. Sehr wichtig ist die gleichzeitig gute Ernährung der Säuglinge, wobei man unbedingt darauf sehen muß, daß die Mütter, die man gleichzeitig mitbehandeln soll, ihre Kinder stillen. Wegen des durch die Kur verlangten erhöhten Energiebedarfs empfiehlt Verf. die Verabfolgung der Czerny-Kleinschmidtschen Buttermehlnahrung oder des Moroschen Buttermehlbreies. E. Langer-Berlin.

Die Wirkung der Syphilisbehandlung auf die Niere (The Effect on the Kidney of Treatment for Syphilis), von A. R. McFarland-Rochester. (Am. J. m. sc., 1924, Nr. 4, S. 477.) Die durch Hg und Arsphenamin bei der Luestherapie hervorgerufene

Digitized by Google

Schädigung der Niere verläuft unter dem Bilde der Nephrose (Volhard und Fahr), bestehend in einer Degeneration der Epithelien der Tubuli. Als erstes Anzeichen der Schädigung erscheinen die hyalinen oder granulierten Zylinder, dann Albumen und Leukozyten, Erythrozyten dagegen sind selten im Urin zu finden. Nie werden Ödem, Kopfschmerzen, Nausea oder Koma konstatiert. Die Rückkehr zur Norm erfolgte immer in entsprechender Zeit (1 Monat). Arsphenamin und besonders Neoarsphenamin erregten nur selten und ganz geringe Nierenreizungen, die Hauptursache war immer das Hg. In der Art und Größe der Schädigung war kein Unterschied, ob die beiden Medikamente zusammen oder getrennt gegeben wurden. Akute syphilitische Nephritis darf nicht mit einer Nephrititis bei einem Luetiker verwechselt werden, die Therapie mit Arsphenamin wird da die Diagnose klären. Pat. mit chronischer Nephritis, Nephrose usw. zeigen eine größere Reaktion, scheinen aber dann wieder genügend funktionsfähig zu werden. Interkurrente Infektionen (Bronchopneumonie) bilden vom Standpunkt der Nierenschädigung aus keine Kontraindikation für eine antiluetische Behandlung. Wenn bei erfolgter Nierenreizung eine genügende Zeit zur Wiederherstellung der Niere angesetzt war, kann dann eine weitere Luestherapie bei genauer Kontrolle wieder einsetzen. Das Alter ist keine Kontraindikation zur Luestherapie mit Hg und Arsphenamin. Die durch die Behandlung entstandene Nephrose bekämpft Verf. vor allem mit Diätmaßregeln, der Urinbefund wird nach Aussetzen der Hg-Behandlung wieder normal. F. M. Peter-Hamburg.

Wie lassen sich die Syphilitiker behandeln? von Ishewski. (Moskowski Medicinski Journal, 1924, Jahrg. 4, Nr. 7.) Von den Kranken, welche sich im Primärstadium an das Mjassnitzki-Krankenhaus in Moskau wandten, erhielten über die Hälfte eine Kur, $^1/_4$ nicht einmal eine volle Kur, $^1/_6$ zwei Kuren, nur wenige drei Kuren! Ebenso ungefähr verhält es sich mit den Kranken der übrigen Perioden der Syphilis. A. Jordan-Moskau.

In welcher Krankheitsperiode suchen die Syphilitiker ärztliche Hilfe auf? von Bortnajew. (Moskowski Medicinski Journal, 1924, Nr. 7.) Nur $^1/_4$ aller Syphilitiker suchte die Hautklinik der II. Moskauer Universität zu einer Zeit auf, wenn eine Abortierung noch möglich war. A. Jordan-Moskau.

Zur Frage der refraktären Fälle von Syphilis, von Wilentschuk. (Zschr. zur Vervollkommnung der Ärzte, 1924, Nr. 7—8 [Russisch].) In dem beschriebenen Fall von papulärem Syphilid der Haut und der Schleimhäute blieben 10 Einspritzungen von 10% Hg salicyl. und 4 Injektionen von je 0,45 Neosalvarsan ohne Erfolg. Erst unter weiteren 20 Einreibungen zu 5 und 4 Injektionen von je 0,45 Neosalvarsan schwanden alle Erscheinungen. A. Jordan-Moskau.

Beitrag zur Luestherapie, von R. Griesbach und E. Meyerhoff-Hamburg. (M. m. W., 1924, Nr. 32, S. 1087.) Zum Referat nicht geeigneter Überblick über die von den Verff. erprobte Art, die Syphilis zu behandeln. A. v. Notthafft-München.

Probleme der Syphilistherapie, von L. Hauck, Univ.-Hautkl. Erlangen. (M. m. W., 1924, Nr. 32, S. 1085.) Der sehr lesenswerte Aufsatz bietet den Lesern dieser Wochenschrift nichts Neues. A. v. Notthafft-München.

Behandlung der Spätsyphilis, von L. v. Zumbusch-München. (M. m. W., 1924, Nr. 23, S. 754.) Der Aufsatz, welcher „für die Praxis" geschrieben ist, warnt vor Polypragmasie und umschreibt die therapeutischen Indikationen bei den verschiedenen Formen der Spätsyphilis. A. v. Notthafft-München.

Die Behandlung der Syphilis in Kurorten, von Mestchersky. (Klinitscheskaja Medicina, 1924, Bd. 2, S. 40.) Auf dem Standpunkt stehend, daß die Prophylaxe den wichtigsten Schutz des Nervensystems vor einer Mitbeteiligung durch den syphilitischen Prozeß bietet, empfiehlt Verf. jährliche Erholung der Syphilitiker, sei es am Meer oder in den Bergen oder in einer hydromineralischen Station, je nach ihrer Individualität. Weiter geht er dann auf die Schwefelbäder Uriage, Aachen, Pjatigorsk und dem letzteren benachbarten Tomrbukann ein, wobei er Pjatigorsk am höchsten stellt. A. Jordan-Moskau.

Beitrag zur Syphilisbehandlung, von J. Resch-Tölz. (M. m. W., 1924, Nr. 20, S. 648.) Beschreibung der Tölzer Syphilisbehandlung und Empfehlung derselben. A. v. Notthafft-München.

Weitere Studien über Heilung der experimentellen Kaninchensyphilis, von W. Kolle, Georg-Speyer-Haus Frankfurt a. M. (D. m. W., 1924, Nr. 37, S. 1235.) Es wurden 14 Kaninchen 4—6 Monate nach der luetischen Infektion einer intermittierenden Dauerbehandlung unterzogen, die sich über 6—9 Monate erstreckte und

Digitized by Google

aus 3—4 Kuren mit 16—20 Injektionen bestand. Bei keinem dieser Tiere konnte 6 Wochen nach Abschluß der Behandlung eine Reinfektion erzielt werden. Die Versuche zeigen, daß ebenso wie beim Menschen die Immunität des luetischen Kaninchens nur eine Scheinimmunität, eine auf latenter Infektion beruhende Resistenz gegen Neuinfektion ist. Weiterhin geht aus den Versuchen hervor, daß die Heilwirkung des Salvarsans in den späteren Stadien der Infektion nur gering ist. Die Versuche, Abortivheilungen mit Hg-Verbindungen zu erzielen, ergaben, daß eine solche zwar möglich (in 37%), aber hinter der des Salvarsans erheblich zurückbleibt.

F. Harry-Wiesbaden.

Bemerkungen zur Wirkungsweise des Quecksilbers, von W. Heubner-Göttingen. (Biochem. Zschr., 1924, Bd. 145, H. 5/6, S. 431.) Die einseitige Betrachtungsweise, daß das eigentlich wirksame Prinzip der Quecksilberverbindungen ausschließlich die Quecksilberionen seien, faßt die gegebenen Reaktionsmöglichkeiten zu eng. Neben der einfachen Salzbildung darf die Fähigkeit des Quecksilbers, auf Grund seiner „Komplexaffinität", Komplexverbindungen einzugehen, nicht übersehen werden. So lagert z. B. das Sublimatmolekül $HgCl_2$ sofort Halogenatome, den Rhodan- oder Zyanidrest oder aber auch Eiweiß ohne Schwierigkeit an. Über die Größe der Komplexaffinität sind unsere Kenntnisse noch lückenhaft. Wenn wir auch wissen, daß das Quecksilberjodid stärker ätzend wirkt als das an Quecksilberionen reichere Sublimat, so können wir über die Komplexaffinität der verschiedenen Hg-Verbindungen zum Eiweiß noch nichts Sicheres aussagen. Die Mitteilungen von Rakusin und Nesmejanow, daß Sublimat gegenüber Adsorbentien sich wie eine nichtdissoziierte Verbindung verhält, und die Untersuchungen von Gegenbauer über koaguliertes Serumeiweiß in Sublimatlösungen sprechen für die Bedeutung der Komplexaffinität des Quecksilbers. Diese Betrachtungsweise führt zur Erkenntnis einer viel größeren Variabilität der Affinitätsbeziehungen und damit vielleicht zur Aufklärung der elektiven Metallwirkungen gegenüber Mikroorganismen und Organelementen. R. Ley-Kreuznach.

Behandlung der Säuglingssyphilis mit Merlusan, von M. Hesse, Dermat. Kl. Graz. (M. Kl., 1924, Nr. 39, S. 1361—1362.) Merlusan ist dadurch ausgezeichnet, daß es eine energische Merkurialisierung des Körpers durch interne Darreichung gestattet. Nebenwirkungen sind dabei gering. Es ist daher geeignet für die sonst große Schwierigkeiten bietende Behandlung von Säuglingen und kleinen Kindern. Mit täglich ½ Tablette (zerrieben in Milch oder Tee) beginnen, nach einer Woche auf eine ganze Tablette steigen. Die Behandlung ist einen Monat fortzusetzen und intermittierend zu wiederholen. Bei Kindern bis zu 6 Jahren kann man bis auf 3 Tabletten täglich steigen. Die Erfolge waren sehr gute. E. Levin-Berlin.

Metallische Quecksilbersuspensionen: Therapeutische Wirkungen und schädliche Nebenerscheinungen bei intravenösen und intramuskulären Injektionen (Metallic Mercury Suspensions: Therapeutic Results and Deleterious Effects of Their Intravenous and Intramuscular Injection), von H. N. Cole, J. G. Hutton, J. Rauschkolb und Sollmann-Cleveland. (J. Am. m. Ass., 1924, Bd. 83, Nr. 8, S. 593.) Verff. warnen vor der intravenösen Applikation von „Mercodel", einer wässerigen Suspension von metall. Quecksilber. Bei intramuskulären Injektionen zeigt dieses Präparat keine Überlegenheit gegenüber den gewöhnlichen, öligen Quecksilbersuspensionen. R. Ley-Kreuznach.

Experimentelle Untersuchungen mit Stovarsol, von Worms-Berlin-Dahlem. (Zbl. f. Bakt., 1924, Bd. 93, H. 1/4, S. 188; vgl. Derm. W., Bd. 79, S. 1619.) Die therapeutischen Versuche bei der anthropogenen experimentellen Kaninchensyphilis ergaben, daß selbst Dosen von 0,33 g pro Kilo nicht ausreichten, um die klinischen Erscheinungen zum Verschwinden zu bringen. Nur bei einem Tier, das 0,25 g pro Kilo erhielt, gingen die Symptome zurück. 12 Wochen nach der Behandlung stellte sich jedoch wieder ein spirochätenhaltiger Schanker ein. Auch die therapeutischen Versuche mit Spirochaeta cuniculi bei Kaninchen, die gleichzeitig am Oberlidrand beider Augen, am Damm, Genitale und Anus infiziert wurden, zeigten weniger günstige Resultate, als seiner Zeit Levaditi mitgeteilt hatte. Nur 2 Tiere, die 0,33 g pro Kilo erhalten hatten, waren vom 3. Tage nach der Behandlung frei von Erscheinungen und Spirochäten und sind es in 41tägiger Beobachtungszeit geblieben. Eine prophylaktische Wirkung des Stovarsols ließ sich nicht in allen Fällen nachweisen. Verf. warnt vor therapeutischer und prophylaktischer Anwendung von Stovarsol und Spirozid, bevor beide Mittel ausreichend geprüft sind.

F. Harry-Wiesbaden.

Digitized by Google

Ein Beitrag zur experimentellen Prüfung von Stovarsol und Spirozid (Azetyloxy-amino-phenylarsinsäure), von J. Steinfeld. (Kl. W., 1924. Nr. 48, S. 2197.) Die Wirksamkeit beider Präparate wurde im Tierversuch als gleich befunden, und zwar wurden die Versuche an mit experimenteller Rekurrens erkrankten Mäusen und Ratten vorgenommen. Die prophylaktische resp. therapeutische Dosis betrug bei ausgewachsenen Ratten mindestens 0,2, höchstens 0,6, wobei die Tagesdosis nicht 0,2 überschritt. Es konnte nachgewiesen werden, daß zwar zunächst die Spirochäten aus der Blutbahn verschwanden, wenn Impfung und Arzneimittel entweder nacheinander oder gleichzeitig gegeben wurden, daß aber nach etwa 12—17 Tagen, während bei den Kontrolltieren im Blute nichts mehr nachweisbar war, im Blute Relapse von oft beträchtlicher Stärke sich zeigten. Desgleichen konnte, während die Spirochäten aus dem Blute anscheinend verschwunden waren, Verf. mit den inneren Organen, besonders mit dem Hirnbrei positive Impfungen vornehmen. Es scheint demnach, daß durch diese orale Therapie die Infektion nicht kupiert, sondern nur abgeschwächt werden kann. Auf die menschliche Pathologie angewandt, können diese sorgfältigen Untersuchungen zu immer noch stärkerer Skepsis und Vorsicht mahnen.

E. Langer-Berlin.

Stovarsol und Luesprophylaxe, von Br. Bloch, Dermat. Kl. Zürich. (Schweiz. m. W., 1924, Nr. 36, S. 817—819.) Im Anschluß an bisherige Warnungen vor der kritiklosen Anwendung des Stovarsols wird eingehende klinische Prüfung verlangt. Gerade bei einem von dem Patienten selbst unauffällig anzuwendenden Mittel besteht die Gefahr, daß schädliche Folgen eintreten können, die bei der Konstitution des Mittels nicht ausgeschlossen sind. Die Indikation zu der Prophylaxe muß jedenfalls in der Hand des Arztes bleiben. E. Levin-Berlin.

Versuche und Erfahrungen mit Stovarsol und Spirozid, von H. Krösl, Univ.-Hautkl. Innsbruck. (W. kl. W., 1924, Nr. 47, S. 1209.) Vgl. Derm. W., Bd. 79, S. 1618.

Bemerkungen zu der Arbeit „Erfahrungen mit Stovarsol" (in Nr. 28 d. W.), von K. Heymann-Berlin. (M. Kl., 1924, Nr. 42, S. 1468—1469.) Die ungünstigen Erfolge Weitgassers sind auf die Abweichungen von den französischen Originaldosierungen, besonders Fehlen der Intervalle zu beziehen. Die Vorschriften werden nach den Originalen wörtlich wiedergegeben. E. Levin-Berlin.

Schlußwort, von Weitgasser. (M. Kl., 1924, Nr. 42, S. 1469.) Die Abweichungen von der französischen Dosierung geschahen, um der bei oraler Darreichung großen Gefahr der Unterdosierung zu begegnen. E. Levin-Berlin.

Ergebnisse der intramuskulären Sulpharsphenamintherapie bei Syphilis (Results in Syphilis with Sulpharsphenamin Administered Intramuscularly), von J. H. Stokes und G. W. Behn-Rochester. (J. Am. m. Ass., 1924, Bd. 83, Nr. 4, S. 242.) Das Mittel, ein schwefligsaurer Ester des Arsphenamin, wurde an 126 Fällen in allen Stadien der Syphilis erprobt. Gewöhnliche Darreichung kombiniert mit Quecksilbereinreibung. Bei sehr vorsichtiger epifaszialer Injektion in 83% keine Lokalreaktionen. Gute spirillozide Wirkung, da die Spirochäten schon 6—9 Stunden nach Injektion des Mittels aus Plaques und Papeln verschwunden sind. Das Abklingen der Erscheinungen vollzieht sich etwa genau so schnell wie bei Neoarsphenamin. Zusammenfassend kann gesagt werden, daß sich das Mittel bei intramuskulärer Anwendung sehr bewährt hat, den anderen Mitteln gleichwertig ist in bezug auf serologisches Verhalten und Beeinflussung akuter Erscheinungen. Die Wirkung auf Neurolues scheint die der anderen Mittel zu übertreffen, besonders indiziert ist es in kleinen Dosen bei kardiovaskulären Störungen. Bedenklich ist das zweifellos häufigere Vorkommen toxischer Hautreaktionen (3%). Die Wirkung auf den Gesamtverlauf muß noch abgewartet werden. M. Gumpert-Berlin.

Die Ergebnisse der Tryparsamidbehandlung bei Syphilis (The Results of Tryparsamide Therapy in Syphilis), von J. E. Moore, H. M. Robinson und R. S. Lyman-Baltimore. (J. Am. m. Ass., 1924, Bd. 83, Nr. 12, S. 888.) Das Mittel ist von den Verff. an über 200 Patienten, darunter 133 Neurosyphilitikern, erprobt worden. Es zeigte sich, daß die spirochätentötende Wirkung nicht annähernd der des Salvarsans gleicht, infolgedessen wurden sehr bald keine frischen Luesfälle mehr damit behandelt. Dagegen wird die Syphilis des Zentralnervensystems bei intravenöser Anwendung günstig beeinflußt. Jedoch verursachte das Mittel bei fast einem Fünftel der Fälle Sehstörungen, die bei 3% irreparabel blieben. Aus den beigegebenen Statistiken scheint sich zu ergeben, daß die von den Verff. hervorgehobenen thera-

Digitized by Google

peutischen Erfolge klinisch und serologisch solche Fälle von Lues des Zentralnervensystems betreffen, die auch sonst zu längerdauernden Remissionen neigen.

A. de Lemos-Hamburg.

Ein Vergleich des Tryparsamid und anderen Mitteln bei der Behandlung der Neurosyphilis (A Comparison of Tryparsamide and other Drugs in Treatment of Neurosyphilis), von H. C. Solomon und H. R. Viets-Boston. (J. Am. m. Ass., 1924, Bd. 83, Nr. 12, S. 891.) Im Verlauf eines Jahres haben die Verff. das Tryparsamid an etwa 100 Patienten mit Neurosyphilis erprobt und kommen zu folgenden Ergebnissen: Abgesehen von leichten und schweren Sehstörungen (Amblyopien) wurde das Mittel bei intravenöser Verabreichung, 3 g pro dosis, gut vertragen. Auffallend günstig beeinflußt wurde die Pleozytose des Liquors, in fast allen Fällen war der Zellgehalt nach 6—8 Injektionen normal, auch bei den Fällen, wo eine andere in dieser Beziehung erfolglose Behandlung vorangegangen war. Der Eiweißgehalt wurde in manchen Fällen herabgesetzt, aber nur bei ganz wenigen wurde er negativ. Der Liquor-Wassermann wurde meist wenig beeinflußt, auch nicht nach Gaben bis zu 30 Injektionen. Aber auch hier hatte das Mittel in einigen vielfach erfolglos vorbehandelten Fällen erreicht, was bisher nicht geglückt war, WR wurde negativ. Bei der Hälfte der behandelten Tabesfälle wurde die WR negativ. Von allen Reaktionen wurde die Goldreaktion am wenigsten beeinflußt. Klinisch die besten Erfolge zeigten sich bei den meningovaskulären Formen, bei Tabes war die klinische Besserung lange nicht so ausgesprochen wie die serologische. Bei Paralyse zeigte sich kein Unterschied gegenüber anderen Behandlungsmethoden. Ein Vorteil ist die bequeme Anwendung ohne Beschwerden für die Pat. Die Neigung, Sehstörungen hervorzurufen, zwingt zu äußerster Vorsicht. Jedenfalls ist das Tryparsamid als Mittel bei Neurosyphilis beachtenswert.

A. de Lemos-Hamburg.

Über die Verwendung von Tryparsamid bei Neurosyphilis (The Use of Tryparsamide in Neurosyphilis), von W. F. Lorenz, A. S. Loevenhart und F. Reitz und C. P. EckMadison. (Am. J. m. sc., 1924, Bd. 168, Nr. 2, S. 157.) Verff. weisen auf die guten Erfolge von Lorenz, Loevenhart, Bleckwenn und Hodges mit Tryparsamid (Amin der Phenylglyzinarsinsäure) und betonen, daß in den angeführten Fällen die Diagnose auf einer erschöpfenden neurologischen und serologischen Untersuchung basiert ist. 1. Paralyse (Geistesgestörtheit mit positivem Blut- und Liquorwassermann, Zellzahl 20—50, Globulin und Goldsol positiv). Klinisch: gebessert 38, wiederhergestellt 37, nicht gebessert 9, verschlimmert 6. 2. Atypische Paralyse (Fälle mit klinischen Erscheinungen aber negativen Blut- und Liquorbefunden, mit 23 an oben unter Paralyse erwähnten 90 Fällen mitgeteilt). 3. Asymptomatische Paralyse (Fälle mit positiven Sero- und neurologischen Befunden, bei denen die Geistesgestörtheit fehlt) 23 Fälle. Blutwassermann wurde bei 19 negativ, 4mal ungebessert. Serologische Befunde im Liquor (nicht alle wurden nachuntersucht), 1 negativ, 6 gebessert, 4 unverändert. 4. Taboparalyse 14 Fälle, 3 wiederhergestellt, 7 gebessert, 4 ungebessert (erwähnt sind nur 14 Fälle, die psychotische Erscheinungen hatten). 5. Tabes 29 Fälle, wiederhergestellt 3, gebessert 10, ungebessert 14, verschlimmert 2. 6. Meningovaskuläre Syphilis 29 Fälle. Klinisch: wiederhergestellt 19, gebessert 7, nicht gebessert 3. Bei allen 6 Klassen gehen die Besserungsbefunde des Wassermann im Blut und der serologischen Befunde im Lumbalpunktat ungefähr gleich mit der klinisch festgestellten Besserung. Verff. kommen zu dem Schluß, daß Tryparsamid kombiniert mit Hg salicyl. eine gute therapeutische Wirksamkeit bei Paralyse und meningovaskulärer Lues haben, weniger gut bei Taboparalyse, Tabes und fortgeschrittener Paralyse. Sehstörungen traten in 7% der insgesamt behandelten Fälle auf, in der Gruppe Tabes und Taboparalyse waren allein 29% Sehstörungen. Bei 13 Fällen, die während der Behandlung Amblyopie zeigten, gingen diese Erscheinungen sofort nach Aussetzen zurück, bis auf einen Fall. 12 Fälle davon wurden später ohne Schädigung weiterbehandelt. Über die Frage der Augenschädigungen wollen die Verff. in nächster Zeit weiterberichten. Stärke der Behandlung: Tryparsamid 0,18 g, alle 8 Tage intravenös 8 Spritzen, dazwischen 8 Injektionen Hg salicyl., im ganzen $1/2$—1 g.

F. J. Baar-Bad Kreuznach.

Nachdruck (auch des Abschnittes „Tagesg. Nachr.") ist ohne Genehmigung des Verlegers nicht erlaubt.

Verantwortlich für die Redaktion: für Originalabhandlungen und T. N.: Prof. Dr. J. H. Rille, Leipzig. Für den Referatenteil: Dr. M. Unna, Hamburg-Bergedorf.

Digitized by Google

Dermatologische Wochenschrift

Nr. 15 (Bd. 80) 11. April 1925

Kombination von Friedreichscher Ataxie und Haaranomalie[1]).

Von

San.-Rat Dr. Leonhard Leven in Elberfeld.

Zwei Schwestern im Alter von 3 und 7 Jahren wurden im Elberfelder Ärzte-Verein von dem Nervenarzt Dr. Engels wegen Friedreichscher Ataxie vorgestellt. Bei der Besichtigung fällt dermatologisch eine eigenartige Beschaffenheit der Haare auf, die sich bei beiden Kindern in gleicher Weise vorfindet, die Haare sind negerartig kraus, dünn gestellt, büschelförmig, kurz und fast glanzlos, ihre Farbe ist blond. Die Kopfhaut ist glatt, man sieht an den Follikelmündungen keine Verhornungsanomalien, findet auch keine Schuppenauflagerung. Die Färbung der Haare ist gleichmäßig und Unterschiede wie beim Ringelhaar sind nicht erkennbar. Die Körperhaut ist hell, die Iris blau, die Kinder zeigen also helle Komplexion; an der Haut finden sich keine Abnormitäten. Familienanamnestisch ergibt sich, daß eine Tante der Kinder von mütterlicher Seite an nervösen Anfällen, scheinbar hysterischer Art, leidet, eine verstorbene Tante väterlicherseits Zuckungen hatte und bei einer noch lebenden Schwester des Vaters Schreikrämpfe auftreten; jedoch sind dies alles Erscheinungen, die für die vorliegende Erkrankung des Zentralnervensystems von Bedeutung sein können und nur insofern, als diese mit der Haaranomalie in Zusammenhang stehen sollte, für letztere in Betracht kommen. Hinsichtlich der Haaraffektion selbst ist anamnestisch nichts Besonderes zu ermitteln; abnorme Beschaffenheit bei irgend welchen Familienangehörigen ist der Mutter nicht bekannt; Vater, Mutter und ein fünfjähriger gesunder Bruder haben Haare von normaler Form. Bei der mikroskopischen Untersuchung findet man keine Einschnürungen oder Verdickungen wie bei Monilethrix, die Haare zeigen einen gleichmäßigen Durchmesser, sie haben vorwiegend Lanugo-Charakter, weisen entweder gar keine Marksubstanz auf oder nur hier und da eine leichte Andeutung einer solchen, doch findet man auch in der Minderzahl normale Sekundärhaare. Pigment ist sehr spärlich vorhanden, nur einige Schollen bzw. Körner.

Epikrise: Wir haben also zwei Schwestern vor uns mit Friedreichscher Ataxie, die außer dieser Erkrankung ein in der Form negerartiges, aber blondes Haar bei sonst normaler Haut aufweisen; die große Mehrzahl der Haare zeigt Lanugo-Charakter. Bemerkenswert erscheint mir die Kombination einer idiotypischen Erkrankung des Zentralnervensystems mit einer solchen der Haut bzw. ihrer Anhangsgebilde; ein derartiges Zusammentreffen ist uns z. B. bei der tuberösen Sklerose mit dem Aden. sebac. bekannt. Kombination von idiotypischen Haaranomalien mit anderen erblichen Affektionen finden wir u. a. bei der lokalen Hypertrichose mit Sp. bif. occulta sowie beim Auftreten von Zahndefekten und gleichzeitiger abnormer Haarentwicklung. Ob sich das hier beschriebene gleichzeitige Auftreten von Friedreichscher Ataxie und krausem Lanugohaar bzw. ob sich eine Kombination von Friedreichscher Erkrankung mit irgend einer idiotypischen Anomalie der Haare des öfteren findet, bleibt weiteren Beobachtungen vorbehalten.

[1]) Nebst Bemerkungen über die Beziehungen von Haarbildung und geistigen Anlagen.

Digitized by Google

Ganz allgemein drängt sich nun die Frage auf, ob sich irgend ein Zusammenhang zwischen psychischen Eigenschaften und der Haarbildung nachweisen läßt. KRETSCHMER hat uns in seinem vorzüglichen Buche: „Körperbau und Charakter" auf die mannigfachen Beziehungen aufmerksam gemacht, die zwischen bestimmten Körperbauformen und bestimmten psychischen Anlagen bestehen; er hat untersucht, ob es Korrelationen zwischen rein empirisch gefundenen komplexen Körperbautypen und ebenso komplexen psychisch-endogenen Typen gibt und hat gefunden, daß bestimmte Körperbauformen zu einer bestimmten geistigen Struktur der Persönlichkeit eine erhöhte Affinität zeigen. KRETSCHMER hat insbesondere darauf hingewiesen, daß wir in der Behaarung ein besonders feines Reagens auf konstitutionelle Anlagen erwarten dürfen; die interessanten Befunde KRETSCHMERS haben in der Dermatologie noch viel zu wenig Beachtung gefunden und ich will deshalb einige derselben hier ganz kurz anführen. Die Gruppe der Zyklothymen zeigt meist weiches Haar und stärkere Neigung zur Glatzenbildung als diejenige der Schizothymen; dabei ist die Glatze der Pykniker wie poliert, billardkugelartig, mit klarer, scharfer Begrenzung gegen den erhaltenen Haarwuchs, während man beim Schizophrenen einen Glatzentyp findet, der wirkt, als ob der Haarboden von Mäusen zerfressen wäre. Die Lokalisation der Glatze ist in der letztgenannten Gruppe oft ganz atypisch: man sieht z. B. zuweilen ganz absonderliche Tonsuren auf dem Mittelkopf, während vorn gegen die Stirne zu ein schmaler Haarkranz oder ein kompaktes Haarbüschel noch steht. Die Genital- und Achselbehaarung der Zyklothymen ist auffallend stark entwickelt; erstere oft so lang, daß das kleine Genitale ganz darin verschwindet. Rumpfbehaarung mittel bis stark, Extremitätenbehaarung eine mittlere. Bei den Schizothymen ist das Haupthaar bis gegen das 20. Lebensjahr sehr dicht und hat die Neigung, über die gewöhnlichen Nacken- Stirn- und Schläfengrenzen hinaus zu gehen; auch die Brauen sind sehr breit und konfluieren über der Nasenwurzel. KRETSCHMER bezeichnet diesen Behaarungstyp als „Pelzmützenhaar". Das Haupthaar bleibt durchschnittlich dauerhafter als bei Zirkulären und die Haarfaser selbst ist dabei derber und borstiger als bei der pyknischen Gruppe. Der Bartwuchs ist dagegen bei der Mehrzahl der Schizothymen schwach; auch Genital-, Achsel-, Rumpf- und Extremitätenbehaarung bleiben hinter dem Durchschnitt zurück, und nur bei den Asthenikern findet sich zuweilen eine von KRETSCHMER besonders geschilderte eigenartige Form von Späthaarwuchs an den genannten Körperregionen.

Aus diesen kurzen Hinweisen ergibt sich, daß wir auch in unserer Disziplin den Zusammenhängen des Aufbaues der Haut und ihrer Anhanggebilde mit allgemeinen Konstitutionstypen und dem ganzen Persönlichkeitsbilde unsere Aufmerksamkeit schenken müssen. Und so darf man auch die Frage aufwerfen, die wohl vor noch nicht all zu langer Zeit verlacht worden wäre, ob vielleicht die künstlerische Begabung in einer uns noch unbekannten Häufigkeitsbeziehung zum Haarwuchs steht. Sollte es ein bloßer Zufall sein, daß wir bei Künstlern zumeist — es gibt allerdings auch Künstler mit ausgesprochenen Glatzen — einen üppigen Haarwuchs in einem Alter finden, in welchen sonst die Lockenpracht längst entschwand? Wir stellen uns schon gewohnheitsmäßig den Künstler mit

Digitized by Google

reichem, oft gelocktem Haar vor, und aus der Durchsicht der Künstlerbilder müßte sich ermitteln lassen, ob dieses allgemeine Bild nicht nur dem Typus der Jetztzeit, sondern auch demjenigen früherer Jahrhunderte entspricht. Darauf, daß die Künstler die Gepflogenheit haben, ihre Haare länger wachsen zu lassen als andere Leute, kann die Haarfülle wohl nicht gut bezogen werden. Wo nichts ist, hat der Kaiser sein Recht verloren, und Übertünchungen mit Strähnen sind leicht erkennbar; eher wäre m. E. die Frage zu prüfen, ob nicht die Rassenmischung eine Rolle spielt. Zur Zeit läßt sich darüber nichts sagen; der Zusammenhang von Behaarung und geistiger Beschaffenheit, den Kretschmer für die großen Kreise der Zyklo- und Schizothymen geprüft hat, regt aber dazu an, speziell auch eine evtl. Beziehung von allgemein künstlerischer Begabung — lebhafter Phantasie, reichem Gefühlsleben, großer Gestaltungskraft — und Haarwuchs ins Auge zu faßen.

Aus der dermatologischen Abteilung des allgemeinen Krankenhauses in Lemberg (Leiter: Primärarzt Dr. Swiatkiewicz).

Über eine seltene durch Paraffininjektion hervorgerufene Selbstbeschädigung.

Von

Dr. A. Nadel.

M. J., Kaufmann, 33 Jahre alt, meldet sich wegen Impotentia generandi. Er ist seit einem Jahre verheiratet; seine Frau wurde gynäkologisch mehrmals untersucht und vollständig gesund befunden. Pat. war nie geschlechtskrank, negiert auch eine überstandene Epididymitis. Der Geschlechtsakt soll ganz normal verlaufen.

Innerer Befund des schwächlich gebauten Mannes ohne Besonderheiten. Es fällt beim Pat. eine hohe wie knabenhafte Stimme auf, doch behauptet der Kranke, daß er eine Änderung der Stimme nicht bemerkt habe. Haarwuchs normal. Der Aspekt des äußeren Genitales zeigt einige Abweichungen von der Norm; das Skrotum ist klein, wie geschrumpft. An der vorderen Seite bemerkt man eine etwa 3 mm breite eingezogene Fistel ohne Eiterausscheidung. Der Mons pubis ist vorgewölbt, infolgedessen erscheint der Penis wie eingezogen. Durch Palpation konstatieren wir, daß der ganze Hodensack bretthart ist, nicht druckempfindlich; Hoden kann man überhaupt nicht tasten, ebenso hart fühlt sich das ganze Perineum an bis zum After.

Oberhalb beider Leistengegenden fühlt man durch die normalen Bauchdecken einige brettharte, nicht druckempfindliche Knoten von der Größe einer Walnuß, die bis zu beiden Spinae iliacae anter. super. hinaufreichen.

Der Kranke erklärt uns selbst die Ursache der Erkrankung. Pat., der aus Rußland stammt, ließ sich vor zehn Jahren, um dem Militärdienste zu entgehen, etwa 200 ccm Paraffin in den Hodensack injizieren. Dieser Eingriff soll — wie uns Pat. erklärte — in Rußland ziemlich verbreitet gewesen sein; der Anblick dieser Verstümmelung sei für die dortigen Ärzte nichts Neues. Er würde sich auch damit nie an einen Arzt wenden, da er während der zehnjährigen Frist nach dem Eingriff nicht die geringsten Beschwerden empfunden habe, wenn nicht seine Impotentia generandi, die er damit in Zusammenhang bringt.

Mikroskopische Untersuchung des Ejakulats zeigt komplettes Fehlen von Spermatozoen. Eine Röntgendurchleuchtung gab uns keine Aufklärung über Lage und Beschaffenheit der Hoden. Die Durchleuchtung des Hodensackes zeigte nämlich einen gleichmäßigen, den ganzen Hodensack ausfüllenden Schatten. Inwieweit das Hodengewebe noch vorhanden ist, ist schwer zu beantworten; wenn wir annehmen, daß das Ejakulat des Pat. vor dem Eingriff normale Spermatozoen enthielt, spricht das jetzige Fehlen derselben für eine Störung, die zustande kam entweder durch Druck der Paraffin-

Digitized by Google

massen auf die Samenwege oder auf die Hoden selbst, mit darauffolgender Atrophie. Es ist auch möglich, daß die Hoden im Hodensack nicht mehr vorhanden sind, da der Überschuß des Paraffins sie leicht durch die Leistenkanäle in die Bauchhöhle hinaufdrängen konnte. Der Rest des Paraffins, das im Hodensack nicht Platz finden konnte, drang teilweise ins Perineum, teilweise durch die Leistenkanäle in die Bauchhöhle, um als harte Knoten entlang beider Leistengegenden zu imponieren.

Der Fall schien mir deshalb einer Publikation wert, weil die Art der Verstümmelung in unseren Gegenden unbekannt ist, folglich vermutet werden konnte, daß Ärzte westlich gelegener Länder sicherlich selten solche Beschädigungen zu Gesicht bekommen.

Zur Behandlung des Ulcus molle serpiginosum.

Bemerkung zu der Arbeit von Martin Gross in der Derm. W., Bd. 80, Nr. 6.

Von

Prof. A. Buschke und Dr. Otto Leissner in Berlin.

Mit 2 Abbildungen im Text.

In obiger Arbeit wird über die Heilung eines Ulcus serpiginosum durch Paquelinisierung berichtet mit der Bemerkung, daß andere Behandlungsmethoden nicht zum Ziele führten. Hierbei erwähnt der Autor eine

Abb. 1.

Digitized by Google

von uns bereits 1924 geschilderte Methode nicht, mit der wir bei einem ganz ausgedehnten Ulkus, das über zwei Jahre progedient war, schließlich nach etwa zehnmonatiger Behandlung eine Heilung erzielten — das ist die Anwendung der Pyrogallussäure in steigender Konzentration bis zur reinen Säure. Diese Patientin war in anderen Krankenhäusern ebenfalls mit allen möglichen Methoden, auch mit Paquelinisierung erfolglos traktiert worden (Kl. W., 1924, Nr. 22). Da wir inzwischen bei weiterer Anwendung der Methode auch bei absolut therapieresistenten tertiärsyphilitischen Ulzerationen Erfolge erzielt haben, gelegentlich auch zur Anfrischung torpider Ulcera

Abb. 2.

cruris Beschleunigung der Heilung sahen, möchten wir hier noch einmal auf diese — bei großer Ausdehnung der Geschwüre allerdings schwierigen Methode — hinweisen. Hervorheben möchten wir gegenüber den sonstigen Befunden des Autors, daß wir in unserem Falle, trotzdem das Geschwür autoinkulabel war mit dem gleichen klinischen Charakter, Ulcus-molle-Bazillen nicht fanden, wie auch — nach mündlicher Mitteilung — in einem anderen autoritativen Institut, in der die Pat. behandelt worden war, der Befund negativ war.

Aus den Abbildungen ist die große Ausdehnung — bis Vulva und dicht an den Anus — ersichtlich. Lues war absolut auszuschließen, trotzdem war intensive antisyphilitische Behandlung ebenfalls erfolglos appliziert worden.

Anamnestisch ist nicht ohne Interesse, daß der Partner, von dem die Pat. sich infiziert hat, ein einfaches schnell heilendes Ulcus molle gehabt haben soll. Das würde ein sehr guter Beweis für die Bedeutung der von uns in den Vordergrund gestellten Hautdisposition und Konstitution auch für den Verlauf venerischer Infektionen sein.

Digitized by Google

Aus der dermatologischen Abteilung des Städtischen Krankenhauses Altona
(Leiter: Prof. Dr. Bruck).

Zur Pharmakologie und Toxikologie des Wismuts.

Von

J. G. Heckelmann.

(Fortsetzung.)

Ausscheidungsorgane.

Verdauungstraktus. Mundhöhle.

Als erste Nebenerscheinung bei der Wismutbehandlung sehen wir sehr häufig Erscheinungen von seiten der Mundhöhle auftreten. Wir kennen dieses Symptom schon von der Quecksilberbehandlung her, doch treten die Erscheinungen bei der Wismutbehandlung ungleich gutartiger auf. Der Unterschied zwischen Häufigkeit und Schwere der Stomatitiden bei reiner Bi- und gleichzeitiger Bi-Hg-Behandlung soll nach einigen Berichten nicht sehr groß sein. Das Auftreten der Erscheinungen von seiten der Mundhöhle ist abhängig 1. von der Menge des zugeführten Bi, 2. von der Art des Präparates, 3. vom Intervall zwischen den einzelnen Injektionen, 4. besonders in bezug auf die Schnelligkeit des Auftretens von der Art der Applikation, ob intramuskulär oder intravenös und 5. von Zustand und Pflege der Mundhöhle. So sah man in der ersten Zeit der Wismutbehandlung, als im allgemeinen mit viel höheren Einzeldosen und zuweilen auch kürzeren Intervallen behandelt wurde, Erscheinungen von seiten der Mundhöhle fast regelmäßig auftreten, während sie jetzt nicht mehr so häufig sind und im allgemeinen erst gegen Ende der Kur auftreten. Nach intravenöser Injektion tritt zuweilen sehr schnell ein Bi-Saum auf, so sah Dietel bei intravenöser Injektion von Wismulen den Bi-Saum schon am Tage der Injektion. Er verschwand aber auch ebenso schnell schon am nächsten Tage wieder. Wie wesentlich der Zustand und die Pflege der Mundhöhle für das Zustandekommen stärkerer Nebenerscheinungen ist, zeigt am besten folgende Statistik von Clément, Simon und Bralez:

	Hospitalkranke	Privatpraxis
Zahnsaum	27%	8%
Stomatitis	10%	4%.

Die bei weitem am häufigsten auftretende Erscheinung ist der Bi-Saum. Das Auftreten desselben ist in geringerem Grade als bei den anderen Erscheinungen abhängig von dem Zustand und der Pflege der Mundhöhle. Daß diese aber auch hierbei eine Rolle spielen, zeigen Genese und Lokalisation. Der Bi-Saum entsteht durch Fällung des Bi durch H_2S in Bi-Sulfid. Das H_2S kann in der Mundhöhle nur durch Fäulnis entstehen. Der Bi-Saum lokalisiert sich, wenn die Mundhöhle intakt ist, meist zuerst am Sinus gingivolabialis der mittleren unteren Inzisivi, wo sich am ehesten Zahnstein ansetzt, der das Zahnfleisch zurückdrängt. In der Tasche, die dadurch gebildet wird, kommt es leicht zu Fäulnis. Vor dem Auftreten des Bi-Saums kommt es oft schon zu leichter Schwellung des Zahnfleischrandes an der entsprechenden Stelle. Ist das Zahnfleisch an einer anderen Stelle nicht intakt, meist handelt es sich um Schädigungen durch kariöse Zähne, so kann der Zahnfleischsaum auch hier beginnen. Der Saum ist von schieferblauer Färbung und kann den Zahn halbmondförmig oder in selteneren Fällen vollkommen umgeben. Der Saum kann entweder begrenzt bleiben oder sich über den ganzen Zahnfleischsaum ausbreiten. Analoge Erscheinungen finden sich, meist nach Auftreten des Bi-Saums und seltener als dieser, in fast dem ganzen Bereich der Mundhöhle. Es sind schieferblaue bis stahlgraue, meist scharf umgrenzte Flecken, die sich auf dem Boden einer leichten Schleimhautläsion, meist gegenüber kariösen Zähnen an der Wangenschleimhaut oder im pterygo-gingivalen Winkel, aber auch auf der Zunge, der Regio sublingualis und dem Gaumen bis zur Uvula hin entwickeln können. In seltenen Fällen

Digitized by Google

kommt es auch zu einer mehr gleichmäßigen bläulichen Färbuug der Mundschleimhaut. Zuweilen sind diese Erscheinungen mit Schmerzen mäßigen Grades verbunden. Saum und Pigmentflecke geben keine Indikation zur Unterbrechung der Kur.

Die eben beschriebenen Erscheinungen können sich entzündlich verändern. Wir haben dann eine Gingivitis oder Stomatitis vor uns, oder es entwickelt sich die Stomatitis erst aus der Gingivitis. Die Gingivitis kann sich entweder auf einzelne Zähne beschränken oder sämtliche Zähne befallen. Verbunden ist sie mit beträchtlichen Schmerzen und dadurch bedingter Kaustörung und Foetor ex ore. Die Zahnfleischränder sind schmierig eitrig belegt, auf Druck entleert sich Eiter aus den Zahnfleischtaschen. Unter Umständen, doch meist nur, wenn auf diese Erscheinungen nicht der nötige Wert gelegt wird, kann es zur Periostitis, Periodontitis und Pulpitis kommen, ja man hat es sogar in früheren Zeiten zum Ausstoßen nekrotisch gewordener Zähne kommen sehen, verbunden mit einer Stomatitis ulcerosa. Bei ausgesprochener Gingivitis dürfte es sich empfehlen, die Kur zu unterbrechen; mehrere Forscher sehen hierin allerdings keine Gegenindikation.

Ziemlich plötzlich kann sich jetzt, doch nur bei fehlender Mundpflege, aus der Gingivitis oder auch aus den Pigmentationen eine Stomatisis ulcerosa entwickeln. Wir können (nach AZOULAY) unterscheiden:

1. Stomatitis ulcerosa localisata,
2. „ „ generalisata,
3. „ „ gravis.

Es kommt zu Ulzerationen an den schon affizierten Stellen oder an Prädilektionsstellen, dem gingivolabialen Winkel, dem pterygo-gingivalen Winkel oder auch dort, wo die Zähne auf die Zunge oder die Wangenschleimhaut drücken und sich reiben. Die Ulzera sind schmierig belegt. Entfernen wir den Belag, so zeigt sich ein bläulich gefärbtes Ulkus mit unregelmäßig gezackten Rändern, ziemlich scharf von der Umgebung abgegrenzt. Die Zunge ist geschwollen und schmierig belegt, sie zeigt durch die Zähne verursachte Impressionsstellen. Die regionären Lymphdrüsen sind geschwollen, zuweilen auch Parotis und Lingualis, es besteht Trismus, starke Schmerzen, Foetor ex ore. Außerdem kann es zu Magendarmstörungen, allgemeiner Mattigkeit, Fieber und Schüttelfrost kommen. Unter besonders ungünstigen Verhältnissen kann die Stomatitis deletäre Folgen annehmen, wie wir es nachher an einigen Fällen sehen werden. Im allgemeinen ist die Prognose aber recht günstig, günstiger als bei der Hg-Stomatitis. Prophylaktisch ist auf sorgfältige Mundpflege zu achten. Die Pigmentationen verschwinden sehr langsam, zuweilen sind sie noch nach einem halben Jahre zu finden.

Fast nur nach intravenöser Injektion löslicher Bi-Salze beobachteten mehrere Forscher sofort oder später einsetzende neuralgiforme Schmerzen, meist im Bereich des N. maxillaris oder isoliert an den vorderen Inzisivi, ohne daß man sonstige Erscheinungen wahrnehmen konnte. Die Schmerzen verschwinden meist sehr schnell wieder, ihre Genese ist unklar.

Von SMERCHULA wird über einen Fall schwerster Stomatitis berichtet, die Anlaß zum Tode wurde. Es handelte sich um eine alte Prostituierte in sehr reduziertem Ernährungszustand, die exzessiven Nikotinmißbrauch trieb. Pat. bekam im Abstand von 6 bis 10 Tagen zunächst 5 Injektionen Bismogenol, dann trat eine leichte Stomatitis auf, die aber auf Aussetzen der Behandlung zurückging, als darauf zwei weitere Injektionen gemacht wurden, trat plötzlich eine ulzerös-gangränöse Stomatitis schwerster Form auf, die bald nomaartigen Charakter annahm. Als die Operation zwecks partieller Unterkieferreaktion gemacht werden sollte, trat im Anfang der Narkose Exitus ein. Der Nikotinabusus und Sekundärinfektion wurden bei der geschwächten Pat. als Todesursache angenommen.

Über einen zweiten Fall berichtet CRIADO:

Ein 35jähr. Syphilitiker, der mit Salvarsan und Hg vorbehandelt war, bekam 4 Injektionen Neotrepol innerhalb von 20 Tagen. Darauf trat eine schwere Stomatitis mit heftigen Schmerzen auf. Nach anfänglicher Besserung kam es plötzlich zu schwerstem Blutbrechen, das zum Tode führte. Leider konnte ich aus der mir zugänglichen Literatur nicht ersehen, welcher Genese das Blutbrechen war, so besteht die Möglichkeit, daß eine interkurrente Erkrankung die Todesursache war.

Bei der Besprechung der pathologisch-anatomischen Veränderungen der Mundhöhle bei Bi-Intoxikation halte ich mich hauptsächlich an die Untersuchungen von BÖLSEN. Bei der mikroskopischen Untersuchung des Zahnfleischsaumes finden wir das Epithel

Digitized by Google

zunächst unverändert; in der Kutis zeigen sich reichlich Körnchen von Bi_2S_3. Die Kapillaren sind manchmal vollständig von feinkörnigen, strukturlosen Mengen, die aus Bi_2S_3 bestehen, ausgefüllt; auch in die Endothelien ist es zum Teil eingelagert. Besonders stark sind die Kapillarschlingen am Gipfel der Papille ausgefüllt; hier finden sich die Körnchen auch außerhalb der Gefäße. Außer diesen Massen finden sich in den Kapillaren, die stark dilatiert sind, Erythrozyten, Leukozyten, einige Lymphozyten und vereinzelte Plasmazellen, die für eine geringe entzündliche Reizung sprechen. In den tieferen Schichten der Kutis finden sich ähnliche Veränderungen, doch in viel geringerem Maße.

Bei der Stomatitis zeigt sich das typische Bild einer pseudomembranösen Entzündung mit Nekrose des Epithels.

Die Pathogenese der Erscheinungen hat man sich wahrscheinlich so vorzustellen. Eine wesentliche Rolle spielen Zersetzungsvorgänge, und zwar einmal der dabei entstehende Schwefelwasserstoff, der das Bi zu Bi_2S_3 fällt, und zweitens die hierbei entstehenden Epithelschädigungen. Das sehen wir schon daran, daß Bi-Saum und Stomatitis ihren Ursprung in den Winkeln und Taschen nehmen, wo der Boden für Zersetzungsvorgänge gegeben ist. Ist das Epithel erst einmal geschädigt, so gelangt der Schwefelwasserstoff in die Kapillaren, wo er das Bi in Bi_2S_3 ausfällt. Auch bei intaktem Epithel kann es zum Bi-Saum kommen. Das Bi ist ein Protoplasmagift wie alle Metalle, und es kommt durch Schädigung von Blutkörperchen und Endothelien leicht zu einer Thrombosierung in den feinsten Kapillaren, besonders in dem toten Raum, der beim Übergang der Arterien in die Venen entsteht, und besonders durch die gleichzeitige zentral bedingte Dilatation der Kapillaren. Dadurch wird die Epidermis geschädigt, und es kann zur Ausfällung des Bi kommen; die Thrombosierung verstärkt sich, wodurch wiederum die Epidermis geschädigt wird. Unter normalen Verhältnissen, wenn die Mundhöhle gut imstande ist und nicht zu reichliche Mengen H_2S gebildet werden, kommt es nicht zu einem vollkommenen Epithelverlust; ist dieser aber einmal entstanden, so ist die Möglichkeit zur Einwanderung von Bakterien gegeben. Diese verursachen dann wieder Entzündung und Gewebszerfall. Durch Fortschreiten und Infizierung anderer Stellen der Mundhöhle schreitet nun die Stomatitis weiter fort. Das Primäre sind also nicht die Bakterien, sondern die Gewebsschädigungen. An Bakterien findet man auf der Oberfläche reichlich Eiterkokken, Staphylokokken und Streptokokken neben spärlichen Bacilli fusiformes in Symbiose mit Spironema refringens, diese als Anaërobier um so reichlicher in der Tiefe. Der Speichelfluß und die Schwellung der Zunge ist wahrscheinlich wie bei der Hg-Vergiftung durch Lähmung des Gefäßzentrums zu erklären. Es kommt durch Lähmung der sympathischen und parasympathischen Fasern zur Gefäßdilatation und zum Austritt von Flüssigkeit, die die Schwellung der Zunge verursacht. In der Speicheldrüse halten die durch die Zirkulationsstörung geschädigten Drüsenepithelien die Flüssigkeit nicht zurück, es kommt zum Speichelfluß. Der Speichel ist zäher und schleimähnlicher, was durch das veränderte Produktionsmaterial zu erklären ist. Zum Teil analoge Vorgänge finden sich im ganzen Magen-Darmtraktus, doch offenbar nicht in der Häufigkeit.

Magen-Darmtraktus.

Sowohl nach intramuskulärer wie nach intravenöser Bi-Applikation können wir fast alle Arten von Magen-Darmerscheinungen auftreten sehen, Erbrechen, meist sofort im Anschluß an die Injektion, das so stark werden kann, daß die Behandlung unterbrochen werden muß. Ebenso direkt im Anschluß an die Injektion kolikartige Leibschmerzen, die meist bald nachlassen. Ferner sowohl Diarrhoe als Obstipation, auch bei demselben Fall abwechselnd und länger anhaltende Appetitlosigkeit. Diese Erscheinungen sind zum Teil wohl durch nervöse Einflüsse bedingt, ohne daß dabei ausgesprochene pathologische Veränderungen vorliegen, wofür ihr rasches Auftreten und Verschwinden spricht; zum Teil durch zentrale Gefäßlähmungen und dadurch bedingten Flüssigkeitsaustritt aus den Gefäßen. Zuweilen hat man aber auch schwerere Erscheinungen gesehen, die an Pb- und Hg-Vergiftungen erinnern, nur wesentlich gutartiger sind. So berichten z. B. Rosenberg und Perdelwitz über 8 Fälle von Durchfall nach Sorbismolbehandlung mit starken wässerigen, aber nie blutigen Durchfällen, schließlich stündlich spritzerartig, die aber auf kleine Opiumdosen gut reagierten. Neuber sah 2 Fälle schwerer Enteritis, Ducrey 2 Fälle von Colitis ulcerosa; Evening beobachtete einen Fall, wo nach der ersten Injektion von Wismulen (1 ccm intravenös) starkes Übelsein mit Schwindel auftrat, bald darauf Erbrechen und heftige Leibschmerzen, späterhin heftiger Durchfall mit Temperatursteigerung bis 40°. Am nächsten Tage noch keine Besse-

Digitized by Google

rung; besonders quälend blieben das Erbrechen und die Durchfälle. Vom dritten Tage an erholte der Pat. sich schnell.

Schwerste Erscheinungen mit Lebensgefahr sind nicht beobachtet worden. Pathologisch-anatomische Betrachtungen der neuesten Zeit bei Pat. mit Wismutinjektion stehen uns nicht zur Verfügung. Wollen wir uns ein Bild von den pathologisch-anatomischen Veränderungen machen, so müssen wir uns an die Tierversuche und die Fälle von Wismutvergiftung bei interner Medikation und die Fälle von Bi-Vergiftung, die durch seine Verwendung als Wundmittel verursacht sind, halten. Im wesentlichen sind hier den Erscheinungen in der Mundhöhle analoge Verhältnisse gefunden worden. Der Darm ist fleckweise oder in größeren Bezirken schieferblau gefärbt; es können sich Ulzera im Verlauf des ganzen Magen-Darmtraktus finden, hauptsächlich aber im Dickdarm, was vielleicht durch Ausscheidungsverhältnisse bedingt ist. Außerdem findet sich Injektion der Gefäße, evtl. hochrote Färbung der Darmschleimhaut. Die Mikroskopie gibt analoge Verhältnisse wie in der Mundhöhle, und auch die Pathogenese dürfte die gleiche sein.

Niere.

Neben den Erscheinungen von seiten der Mundhöhle sind Nierenschädigungen die häufigste Erscheinung bei der Wismutbehandlung. Über die Bedingungen, unter denen sie auftreten, verweisen wir auf das unter dem Kapitel Toxizität Gesagte. Um das wesentlichste kurz zu wiederholen: Die Schädigungen sind hauptsächlich abhängig von der Größe der Einzeldosis und der Gesamtdosis, dem Intervall, und als Besonderes kommt bei der Niere noch hinzu, daß vielleicht durch die Imprägnation des Verdauungstraktus mit Bi_2S_3, die in den einzelnen Fällen sehr wechselt, die Ausscheidung durch den Darm behindert ist und es so zu einer Überlastung der Niere kommt. Gerade die Niere als Ausscheidungsorgan ist besonders gefährdet durch die Anhäufung, zu der es durch die langsame und unregelmäßige Ausscheidung, die durch die intramuskuläre Depotbehandlung bedingt ist, kommt. Daher empfiehlt Felke, nachdem in 10—14 Tagen 0,3—0.4 g Bi gegeben ist, eine Pause von etwa 14 Tagen einzulegen. Außerdem kann man noch die bei der Hg-Medikation geübte Vorsicht beachten, gegen Ende der Kur die Einzeldosen zu verringern. So gelingt es fast immer, 1,0—1,5 g Bi ohne Nierenschädigung dem Körper zuzuführen. Die pathologischen Veränderungen bei Nierenschädigung zeigen sich isoliert am Tubularapparat, und zwar handelt es sich um rein degenerative Erscheinungen ohne irgend welche entzündliche Komponente. Die Untersuchungen von Kollert, Straszer, Rosner u. a. am Kaninchen ergaben folgendes Resultat: Nach intravenöser Injektion von Bisalzen kann schon nach Stunden die Nekrose der Epithelien einsetzen. Auf dem Höhepunkt der Entwicklung finden wir Schwellung und feinkörnige Trübung der Tubulusepithelien, der Hauptstücke, bei geringen Dosen die des dritten und vierten Abschnittes, bei stärkeren Dosen aller Abschnitte. Alle übrigen Abschnitte des Kanälchensystems bleiben frei. Schon durch die Schwellung der Epithelien kann es zur völligen Verlegung des Lumens kommen, ja die geschwollenen Epithelien können sogar die benachbarten Glomeruli vollständig komprimieren. Bald kommt es zur Abstoßung der Epithelien und Bildung hyaliner und Epithelzylinder. Die Färbbarkeit der Epithelien geht verloren; es tritt Verkalkung der Epithelien verschiedenen Grades auf. Bei diesem Bilde kann die Albumenausscheidung fehlen; der Blutdruck ist nicht gesteigert, der Cholesteringehalt des Serums nicht erhöht. Auch die Nierenfunktionsprüfungen ergeben bei nicht zu fortgeschrittener Schädigung normale Werte, der Gesamtstoffwechsel ist also offenbar nicht geschädigt; es handelt sich also um eine rein lokale Nierenläsion. Nach Aschoff wäre diese Nierenerkrankung als Nephropathia bismutica zu bezeichnen.

Außerdem bewirkt das Bi nach Ansicht mehrer Forscher nach kleinen Dosen eine Polyurie, nach großen Dosen eine Olygurie.

Die klinischen Symptome entsprechen dem pathologisch-anatomischen Befund. Fast nie vor der vierten Injektion, meist gegen Ende der Kur tritt, wenn es zu Nierenschädigungen kommt, zuerst eine Epithelurie auf. Sie dokumentiert sich schon makroskopisch im frischen Urin durch eine eigentümlich schillernde Trübung, die durch die gleichmäßig fein suspendierten Epithelien bewirkt wird. Mikroskopisch finden sich reichlich Nierenepithelien, teilweise degeneriert, evtl. schon einige Zylinder. In diesem Stadium finden wir fast nie Albumen. Geht die Schädigung weiter, so kann es zu Allgemeinerscheinungen mäßigen Grades, hauptsächlich Kopfschmerzen kommen. Dann finden sich im Urin mäßige Mengen Eiweiß, $^1/_8$ bis 1 pro mille. Im Urin finden wir jetzt mikroskopisch neben den Epithelien zahlreiche hyaline und granulierte Zylinder. Es kommen allerdings auch vereinzelt Fälle vor, wo es ganz akut zu schweren Erschei-

Digitized by Google

nungen kommt, die erst in Monaten abklingen; doch sind bis jetzt noch keine Nierenerkrankungen beobachtet worden, die gefährliche Form angenommen haben. Die Prognose ist also eine durchaus günstige, selbst wenn bei Epithelurie und Albuminurie die Bi-Behandlung nicht unterbrochen wird. Bei Pat. mit bestehender Albuminurie ist dieselbe sogar bei Wismutbehandlung heruntergegangen. Die beste Therapie ist auch hier die Prophylaxe. Eine Nierenfunktionsprüfung vor der Kur wird empfohlen, die ständige Urinkontrolle ist dringend geboten. Besteht Epithelurie, so setzt man am besten mit der Behandlung aus oder vergrößert wenigstens die Intervalle; bei Albuminurie muß die weitere Bi-Zufuhr unterbrochen werden. Im allgemeinen genügt das, nur in schweren Fällen ist die übliche Nierenbehandlung anzuwenden.

Leber.

Auch in der Leber finden sich bei der Wismutvergiftung typische Veränderungen. Im Tierversuch zeigen sich bei der akuten Vergiftung folgende Erscheinungen. Die Leber ist in toto vergrößert, die Schnittfläche erscheint stark getrübt, die Zentren der Acini sind intensiv gelb gefärbt. Bei mikroskopischer Untersuchung finden wir die Kupfferschen Sternzellen mit schwarzem Wismutniederschlag vollgepfropft; in die intra- und sublobulären Venen ist Bi eingelagert, ebenso in die Leberzellen. Die Zellen selbst, besonders im Zentrum der Acini, zeigen teilweise Degenerationserscheinungen, Trübung des Protoplasmas und fettige Degeneration. Seit Einführung der antisyphilitischen Wismutbehandlung sind noch keine Beobachtungen an menschlichen Lebern gemacht worden. Klinisch sind mehrfach Leberschädigungen beobachtet worden, meist nach höheren Dosen, und zwar wird häufiger über Ikterus leichtesten bis mittelschweren Grades berichtet, ferner über Leberschwellung und Urobilinogenurie; auch das Auftreten hämorrhagischer Diathese ist wohl zum Teil auf Leberschädigung zurückzuführen. Die Prognose der Lebererkrankungen ist, soweit es sich bis jetzt beurteilen läßt, eine unbedingt gute. Als Therapie genügt fast immer Aussetzen der Bi-Behandlung evtl. verbunden mit der üblichen Ikterustherapie.

Hämatopoetischer Apparat.

Eine spezifische Wirkung übt das Wismut auch auf den hämatopoetischen Apparat aus. Pentimalli berichtet über Beobachtungen, die er 1914 bei Wismutintoxikationen von Kaninchen machte, folgendes: Schon am zweiten Tage nach Injektion einer toxischen Wismutdosis konnte man eine Reizung des ganzen hämatopoetischen Gewebes beobachten. Es kam zu leukämieartiger Veränderung des Blutes mit auffallend starker Wucherung der adventitiellen myeloischen Zellkomplexe besonders in der Niere, aber auch in Milz und Leber. Das frühe Auftreten dieser Veränderungen spricht durchaus dagegen, daß es sich um eine kompensatorische Wucherung infolge einer Erythrozyten- oder Leukozytenzerstörung handelt, sondern vielmehr für eine direkte Reizung des myeloischen Gewebes bis zur Bildung leukämieartiger Blutveränderungen. Nach seiner Ansicht hat also das Wismut eine stimulierende Wirkung auf den hämatopoetischen Apparat. Wenn uns auch die klinischen Blutuntersuchungen an myeloisch-leukämische Blutveränderungen denken lassen, so scheint neben dieser Reizwirkung doch eine die Erythrozyten schädigende Komponente mitzuspielen, eine Eigenschaft, die wir auch bei den anderen Schwermetallen finden. Besonders spricht hierfür auch das Auftreten von Hämosiderinablagerung besonders in der Milz, aber auch in anderen Organen. Die eingehendsten Untersuchungen des Blutbildes bei Bi-Behandlung stammen von Betz. Er untersuchte 25 Fälle primärer seropositiver und sekundärer seropositiver Lues bei Injektion von 1,0 ccm Nadisan an jedem vierten oder fünften Tag. Das Resultat war bei den verschiedenen Stadien der Lues, wie zu erwarten war, annähernd dasselbe. Die Erythrozytenwerte sinken nach den ersten Injektionen langsam bis zu 3,1 Millionen, gegen Ende der Kur meist wieder langsamer Anstieg. Der Hämoglobingehalt sinkt ebenfalls langsam bis auf 25%, steigt gegen Ende der Kur nur selten wieder. Der Färbeindex, der anfangs gleich 1 ist, wird später kleiner als 1. Die Zahl der Leukozyten steigt bis 15000 und mehr, gegen Ende fällt sie wieder langsam. Die neutrophilen Leukozyten sind zu Beginn der Kur um 12—15% vermehrt, es finden sich aber keine Jugendformen. Die Lymphozytenzahl ist zu Beginn normal oder subnormal; später steigt die Zahl der Lymphozyten, und die Zahl der Leukozyten nimmt ab, so daß wir dann etwa 35—40% Lymphozyten und 50—55% Leukozyten haben. Die Zahl der eosinophilen Leukozyten ist immer erhöht bis zu 14%. Mono-Übergangsformen und basophile Leukozyten zeigen normale Werte; es zeigen sich keine pathologischen Jugendformen. Betz hält die Änderung im weißen Blutbild für

Digitized by Google

durch zwei Faktoren bedingt, die Leukozytose bedingt durch einen toxischen Faktor, die Lymphozytose als Zeichen einer allergischen Heilwirkung. Einleuchtender scheint mir die Ansicht PENTIMALLIS zu sein, doch kann etwas Endgültiges darüber wohl erst an Hand weiterer Untersuchungen gesagt werden. Auch ohne Untersuchung des Blutbildes fällt bei einem Teil der mit Wismut behandelten Patienten ein blasses, anämisches Aussehen auf.

Zentralnervensystem.

Die Erscheinungen von seiten des Zentralnervensystems treten bei der subakuten und chronischen Wismutvergiftung, wie wir sie bei der therapeutischen Anwendung des Bi meist auftreten sehen, erheblich in den Hintergrund gegenüber den Erscheinungen von seiten der inneren Organe, während sie bei Zuführung einer stark toxischen oder letalen Dosis das Bild beherrschen, wie es sich im Tierversuch gezeigt hat. Bei der akuten Vergiftung tritt schon nach kurzer Zeit eine Steigerung der Pulsfrequenz auf; die Atemfrequenz ist ebenfalls gesteigert, die Reflexerregbarkeit erhöht, es kommt zu Erbrechen. Dann treten bald Koordinationsstörungen und motorische Lähmungen auf; die Herztätigkeit nimmt ab, als Zeichen der Lähmung der motorischen Herznerven, der Blutdruck sinkt infolge zentraler Lähmung der Gefäßnerven. Eigenartig ist das Verhalten das Herzens, das wiederholt seine Kontraktionen für 90 Sekunden und mehr einstellt und dann wieder zu schlagen beginnt. Charakteristisch ist noch eine vorübergehende Mundsperre. Vor dem Tode sind Nystagmus und Blasenlähmnng beobachtet worden.

Im allgemeinen kommt es bei der Wismutbehandlung schon lange vor Auftreten der Symptome von seiten des Zentralnervensystems zu anderweitigen Schädigungen, die uns vor weiterer Bi-Zufuhr abhalten; nur in besonderen Fällen scheint das Zentralnervensystem dem Bi gegenüber eine besondere Schwäche zu besitzen. Wir sehen dann, meist erst nach mehreren gut vertragenen Injektionen, Kopfschmerzen hauptsächlich im Hinterkopf, Appetitlosigkeit mit Erbrechen, Herzklopfen mit Angstzuständen auftreten. Auch die Psyche ist verändert, in selteneren Fällen treten Erregungszustände auf; häufiger kommt es zu ausgesprochenen Depressionszuständen mit Arbeitsunlust und einem Gefühl geistiger Schwäche, ein Zustand, der noch wochenlang nach Aussetzen der Bi-Zufuhr anhalten kann. Es empfiehlt sich also bei der Wismutbehandlung, sorgfältig auf Erscheinungen des Zentralnervensystems zu achten und bei Auftreten derselben die weitere Bi-Zufuhr sofort zu unterbrechen. Ich möchte hier noch einen von GÖRL und VOIGT veröffentlichten Fall anführen.

Es handelte sich um einen Fall von viszeraler Lues mit spezifischer Erkrankung der der Herzerregung dienenden Überleitungsfasern. Einige Tage nach Injektion von Bismogenol (0,4 g) trat ein bedrohlicher Zustand von Herzschwäche und Dissoziierung der Herztätigkeit ein, Anfall von Herzangst, starke Pulsbeschleunigung bis 160, Herzaktion unregelmäßig, hin und wieder aussetzend. Auf Strophantin und kalte Umschläge besserte sich der Zustand. Nach Fortsetzung mit geringen Dosen Bismogenol (0,2 bis 0,5 ccm) kam es zu Kopfschmerzen besonders im Hinterkopf, Depressionszuständen, andauernder Schlaflosigkeit, dabei Herabsetzung der Pulsfrequenz.

Nach Ansicht der Autoren kam es durch eine starke spezifische Wirkung des Bismogenols zu einer raschen Einschmelzung des erkrankten Gewebes, ohne daß Zeit war, daß sich neue Bahnen bildeten. Diese Theorie scheint mir nicht sehr wahrscheinlich; näherliegend scheint mir, daß es sich um einen Fall von Wismutidiosynkrasie gehandelt hat mit den üblichen Erscheinungen von seiten des Zentralnervensystems mit Beteiligung der nervösen Fasern des Herzleitungssystems, vielleicht in besonderer Stärke, da das Herzleitungssystem schon geschwächt war. Fälle von Herzklopfen und Angstzuständen sind im übrigen besonders bei Pat. mit Neurosis cordis häufiger beobachtet worden.

Haut.

Die Haut scheint im geringen Grade das Bi, wie wir es vom Arsen her kennen, zu speichern. Genauere Untersuchungen sind darüber allerdings noch nicht angestellt worden, doch spricht dafür eine zuweilen beobachtete eigentümliche graubläuliche Verfärbung der Haut, besonders der Gesichtshaut. In stärkerem Grade muß diese Verfärbung natürlich da zustande kommen, wo bei Verlust der Epithels der verstärkte Lymphstrom dauernd Bi zuführt, das dann durch die Unterbrechung des Saftstromes zum großen Teil liegen bleibt; so sehen wir auch fast regelmäßig, daß Kondylome einen graubläulichen Ton annehmen. Dadurch erklärt sich vielleicht die klinische Beobachtung,

Digitized by Google

daß nässende Effloreszenzen schneller heilen als trockene. Folgende Hauterscheinungen sind bei Bi-Behandlung beobachtet worden: Erythrodermie, morbiliformes und skarlatiniformes Exanthem, Purpura, Urtikaria, lokalisiertes Ekzem vom Typus Sudamen, Dermatitis exfoliativa, bullöses Exanthem, Exanthem vom Typus Dermatitis herpetiformis, Exanthem vom Typus Lichen scrofulosorum, makulo- und papulo-squamöses Exanthem. Bei weitem am häufigsten scheinen die urtikariellen Exantheme zu sein. Sie treten, wie auch die anderen Erscheinungen meist zu Anfang der Kur auf. Sie sind solitär oder guirlandenförmig angeordnet und ähneln im letzteren Falle dem beginnenden exsudativen Erythem. Sie lokalisieren sich meist auf Stirn oder dorsum manus eventuell der Streckseite eventuell auch universell. Sie sind meist symmetrisch, doch treten sie auch einseitig auf. Der klinische Verlauf ist der der Erytheme. Außer einer zentralen lividen Abblassung zeigen sie keine Polymorphie. Sie sind meist von keinen prodromalen Erscheinungen eingeleitet und schwinden, nachdem die ganze Morphe blau geworden ist, nach 4—10tägigem Bestehen spurlos. Die Prognose ist gut. Letal verlaufende Fälle sind noch nicht vorgekommen, auch die Krankheitsdauer ist fast immer eine geringe.

Ich möchte hier noch einen Fall von Bi-Dermatitis anführen, der an der hiesigen Derm. Abt. beobachtet ist:

Krankengeschichte: Anamnese: Vater an Grippepneumonie gestorben. Todesursache der Mutter unbekannt. Keine erblichen Krankheiten in der Familie. Pat. hat als Kind die üblichen Kinderkrankheiten durchgemacht. Erste Menstruation mit 15 Jahren, ein Partus 1914. Kind starb an Masern. Kein Abort. Menses immer regelmäßig, letzte Menses vor 14 Tagen.

1921 auf der hiesigen Abt. wegen Primäraffekt an der Portio. WR. Vor Einleitung der Kur mußte die Pat. auf die Nervenabteilung verlegt werden, angeblich wegen Melancholie, von dort kam sie in die Irrenanstalt Kiel, später nach Schleswig. Im Januar 1922 wurde sie von dort als geheilt entlassen. Pat. ist angeblich bis Januar dieses Jahres nicht behandelt. Im Januar bemerkte die Pat. starken Haarausfall, weshalb sie sich in spezialistische Behandlung begab. Es wurde sofort die erste Kur eingeleitet. Pat. blieb bis Ende April in Behandlung. Sie erhielt wöchentlich eine Neosalvarsan- und zwei intramuskuläre Bi-Injektionen. Ende April wurde die Kur mit einer Neosalvarsanspritze abgeschlossen. Im ganzen erhielt Pat. 3,6 g Neosalvarsan und 16 ccm Bismogenol gleich 0,96 g Bi. Während der Behandlungszeit wurde Pat. viermal mit Höhensonne wegen der Alopezie bestrahlt.

Am 27. V. (also 4 Wochen nach Abschluß der Behandlung) bemerkte Pat. plötzlich juckende Effloreszenzen an der Hand. Der Ausschlag breitete sich schnell aus. Am 30. V. 1924 wurde Pat. mit universeller Dermatitis eingeliefert.

Befund: 30. V. 1924. Mittelgroße kräftige, gut genährte Pat. Pupillen: links = rechts, rund, reagieren prompt auf L. und C.

Mund und Rachenhöhle: Starker Bi-Saum, sonst o. B.

Haut: Auf dem Kopf Reste einer Alopecia specifica. Wangen und Ohrmuscheln beiderseits gerötet und geschwollen. Stirn und Nase von roten Stippchen bedeckt. Beide Arme und Hände stark gerötet und geschwollen. Der ganze Körper, Stamm und Extremitäten universell mit zahllosen, teils konfluierenden, heftig geröteten, teils urtikariellen, teils lichenoiden Effloreszenzen bedeckt, die stark jucken. Leichte Schwellung der Füße, keine ausgesprochenen Ödeme. Bis auf kleinere Partien am Rücken kein hämorrhagischer Charakter.

Innere Organe: Herz: Grenzen regelrecht, Aktion regelmäßig, Töne rein, erster Ton über der Spitze etwas paukend. Puls 72, gut gefüllt. Lungen: o. B. Zentralnervensysten: Keine zerebralen Erscheinungen. Genitale: Scleradenitis inguinalis beiderseits. Urin: Alb. negativ, Sediment o. B. Temperatur erhöht bis 39,5°.

Therapie: Calciumchlorat intravenös, Balnazidbäder, Zinkpuder.

3. VI. Das Exanthem hat immer mehr hämorrhagischen Charakter angenommen. Es hat sich außerdem eine starke Bi-Stomatitis herausgebildet. Urin: Alb. negativ, Sediment o. B. Temperatur: noch erhöht bis über 39°.

5. VI. Das Allgemeinbefinden hat sich gebessert. Das Jucken ist geringer geworden, Temperaturerhöhung hält noch an. Das Exanthem hat einen immer mehr kupferroten Ton angenommen. Urin: Alb. Sediment o. B. Keine Magen-Darmerscheinungen.

6. VI. Immer noch erhöhte Temperatur. Das Exanthem verblaßt. Nachmittags werden neue Purpura ähnliche hämorrhagische Stippchen an den Beinen bemerkt. Temperatur fällt ab.

Digitized by Google

10. VI. Weitere Besserung des Allgemeinbefindens. Temperatur normal. Das Exanthem hat sich fast völlig zurückgebildet.

11. VI. Abendlicher Fieberanstieg auf 38,9°. Am Rücken und Ellenbogen wieder Aufflackern des Exanthems.

19. VI. Urtikariaschub am linken Unterarm.

4. VII. Das Exanthem ist jetzt vollkommen abgeklungen. Die Pat. wieder vollkommen hergestellt. Es wird der Versuch gemacht durch intrakutane Sensibilisierung mit Wismulen und Neosalvarsan in hohen Verdünnungen die Natur des Exanthems zu klären. Es werden gleichzeitig an beiden Oberarmen intrakutane Quaddeln gesetzt, rechts mit 14%iger Wismulenlösung (0,002 Bi), links mit 1%iger Neosalvarsanlösung. Beiderseits Kontrollquaddeln mit physiologischer Kochsalzlösung. Irgendein markanter Unterschied war nicht festzustellen, nur klang die Rötung um die Sa.-Quaddeln schneller ab. Ein Aufflackern des Exanthems fand nicht statt. Am 12. VII. wurde die Pat. entlassen. Das Exanthem ist bis auf leichte Pigmentierung verschwunden. WR negativ. BrR negativ.

Für die Beurteilung des Falles ist die Tatsache von wesentlicher Bedeutung, daß die ersten Erscheinungen des Exanthems erst 4 Wochen nach Abschluß der Behandlung, bzw. nach der letzten Salvarsaninjektion auftraten und daß gleichzeitig mit Ausbruch der Hauterscheinungen eine nicht unerhebliche Bi-Stomatitis einsetzte. Auch der ausgesprochen hämorrhagische Charakter des Exanthems, der stark an ein typisches Hg-Exanthem erinnerte, spricht mehr zugunsten einer Bi-Ätiologie. Wir sind daher geneigt, den Fall als eine Bi-Intoxikation aufzufassen, die offenbar durch einsetzende rasche Resorption vom Depot des unlöslichen Bi-Salzes zustande gekommen ist. Der früheren Salvarsanbehandlung dürfte dabei — wenn überhaupt — nur eine prädisponierende Rolle im Sinne einer Hautsensibilisierung beigemessen werden können.

(Schluß folgt.)

Behandlung der Gonorrhoe durch Vakuum.

Von

Dr. GÁSPÁR VON GEIST in Budapest.

Mit 3 Abbildungen im Text.

Ein Grund, daß die Heilung einzelner scheinbar unkomplizierter Gonorrhoen, die sich nur auf die Pars anterior urethrae erstrecken, manchmal selbst bei der energischsten Therapie und beim mustergültigsten Verhalten des Patienten lange auf sich warten läßt, liegt wohl darin, daß die eingespritzten Antiseptika mechanisch verhindert sind, die Gonokokken zu erreichen. Die Gonokokken dringen in die Gänge und Hohlräume der einzelnen Drüsen der Harnöhre, wo sie sich festsetzen. Das durch ihren Reiz entstandene Sekret füllt die Gänge und Hohlräume der Drüsen aus. Letztere entleeren sich auch beim Entleeren der Harnröhre nur mangelhaft. Die eingespritzten Antiseptika können mechanisch nicht in die Drüsen eindringen, da dieselben durch ihr eigenes Sekret gefüllt sind. Es erfolgt vielmehr ein äußerst langsames Auflösen des Sekretes durch das Antiseptikum, insofern die Öffnungen der Drüsen es zulassen, und der Augenblick bleibt dem Zufall überlassen, in welchem das Antiseptikum die Gonokokken in noch wirksamer Konzentration erreicht. Der Druck, der also das Antiseptikum bei der bisherigen Therapie in die Harnröhre treibt, drückt zwar dasselbe etwas in die Drüsen, jedoch sehr mangelhaft, da dieselben schon durch das Sekret gefüllt sind.

Das Prinzip der Vakuumbehandlung ist nun folgendes: Mittels einer Druckverminderung in der Harnröhre werden die Hohlräume der Drüsen entleert, um durch ein nachher eingespritztes Antiseptikum sie füllen zu können und somit das Antiseptikum direkt auf die in den Drüsen sitzenden Gonokokken in wirksamer Konzentration wirken zu lassen. Dies Vakuum wird erreicht durch eine Saugwirkung in der Harnröhre.

Das Ansetzen einer einfachen Saugpumpe an der Öffnung der Harnröhre scheint die technisch einfachste Durchführung zu sein. Jedoch kann sich in diesem Falle die ganze Harnröhre durch den geringen Widerstand der Wände gleich einem weichen angesogenen Gummischlauch schließen, so daß das Vakuum ein sehr beschränktes und

Digitized by Google

mangelhaft verteiltes bleibt. Um eine gleichmäßige Druckverminderung im ganzen Pars anterior zu erreichen, schlage ich den Gebrauch einer von mir am Patentamt angemeldeten speziellen Saugsonde vor.

Dieselbe besteht, wie in Abb. 1 dargestellt, aus dem runden Rohransatz r, an welchem die 4 Stäbchen a sitzen. Dieselben laufen parallel und enden bei c in einer kleinen Kappe. In dem durch die 4 Stäbchen gebildeten viereckigen Gitterraum läuft das in Abb. 1 rot angezeigte Röhrchen b, das bei d sein Ende hat. Das Innere des Rohransatzes r endet in r_1, das des kleinen Röhrchens b in r_2. r_1 und r_2 sind durch die Hähne h_1 und h_2 schließbar.

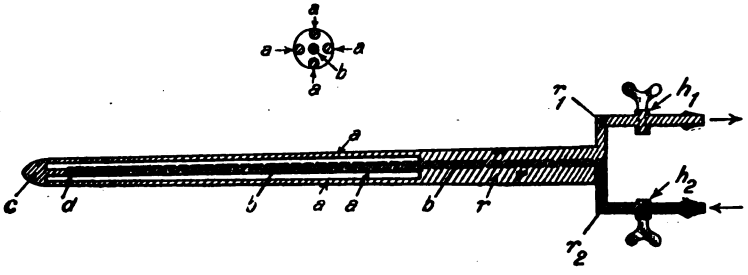


Abb. 1.

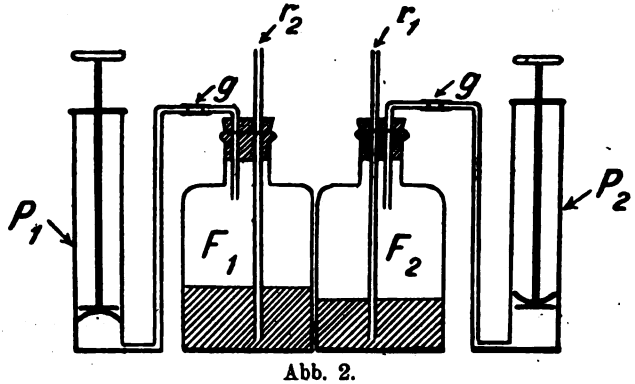


Abb. 2.

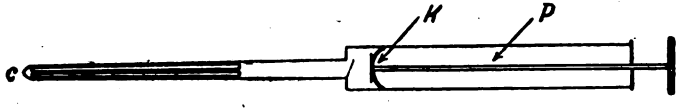


Abb. 3.

Das Instrument wird durch ein Gleitmittel angefettet, in die Harnröhre so tief eingeführt, daß die Stäbchen a vollständig verschwinden und die Harnröhrenöffnung sich um r schließt. Wird nun an r_1 eine Saugpumpe angesetzt und gleichzeitig h_2 geschlossen, so entsteht im Gitterraum zwischen den Stäbchen in der ganzen Harnröhre ein gleichmäßiges Vakuum, das die Entleerung der Drüsen bewirkt. Letzere wird auch noch dadurch gefördert, daß zwischen den benachbarten Stäbchen infolge des Vakuums die Harnröhre eingezogen wird, was ihre Fläche vergrößert und somit die Öffnungen der Drüsen erweitert. Um das Entfernen des aus den Drüsen entleerten Sekretes zu erleichtern, wird sodann h_2 geöffnet und durch r_2 und b ein Antiseptikum in die Harnröhre gesaugt, die das Sekret durch r_1 ausspült. Zum Schluß wird h_1 geschlossen und durch r_2 ein kräftig wirkendes Antiseptikum, nunmehr unter Druck, in die Harnröhre gespritzt. Dies Verfahren kann eventuell öfters wiederholt werden.

Digitized by Google

Abb. 2 zeigt eine möglichst einfache Lösung der Nebeneinrichtungen dieser Sonde. Die Rohre r_1 und r_2 werden zuerst mit r_1 und r_2 der Sonde (Abb. 1) durch dickwandige, starke Gummischläuche verbunden. (Die Stärke der Schlauchwände ist deshalb von Wichtigkeit, weil allzu weiche Schläuche sich durch die Saugwirkung flach schließen könnten.) Die Saugpumpe P_2 bewirkt in der Flasche F_2 ein Vakuum, welches sich durch r_1 in die Sonde fortpflanzt. Das aus der Harnröhre entleerte Sekret gelangt mit der Spülflüssigkeit auf den Grund von F_2. In F_1 befindet sich die Spülflüssigkeit (ein kräftiges Antiseptikum), das entweder durch r_2 einfach aufgesogen oder (später) durch eine Luftdruckpumpe P_1 in die Harnröhre getrieben wird.

Diese Einrichtung hat den Vorteil, daß alle beide Pumpen Luftpumpen sein können, die durch die Spülflüssigkeit sich nicht verunreinigen. Das Entleeren und Reinigen der Flaschen erfolgt durch Abstreifen der kleinen Gummiröhren g und Entfernen der beiden Korken. Letztere, sowie die Gummischläuche und Glasröhren können ständig in einer antiseptischen Flüssigkeit gehalten werden. Die Sonde selbst ist sterilisierbar.

Die Saugvorrichtung kann aber auch sehr vereinfacht werden, indem man auf das Ausspülen der Harnröhre durch die Sonde verzichtet. Man kann sogar die Sonde mit einer einfachen Saugpumpe in einem bauen, wie dies schematisch in Abb. 3 dargestellt ist. Hier wird das Vakuum im verlängerten Röhrenabschnitt P der Sonde durch einen Saugkolben K erzielt. Die Entleerung des aus den Drüsen ausgeschiedenen Sekrets erfolgt durch das becherförmige Ende c der Sonde, indem man letztere aus der Harnröhre zieht. Das Antiseptikum kann sodann mittels einer einfachen Druckspritze eingespritzt werden.

Welche der zwei Vorrichtungen sich in der Therapie bewährt, wird die Erfahrung zeigen. Meiner bescheidenen Meinung nach ist erstere vollkommener, da sie aber kostspieliger und komplizierter ist, wird sie wohl mehr für größere Heilanstalten geeignet sein, wohingegen letztere durch ihre Billigkeit und Einfachheit in den weitesten Kreisen der praktischen Ärzte ihre Verwendung finden kann.

Wie die Therapie in der Praxis durchzuführen ist, z. B., wie groß die Depression sein muß, wie lange Zeit sie einzuwirken hat, ob neben der Depression noch eine andere Reizung zur Entleerung der Drüsen notwendig ist usw. — müssen praktische Versuche feststellen.

Giorgio Nicolich

Am 10. Februar starb in Triest der bekannte Urologe Prof. Giorgio Nicolich. Nicolich war geboren am 2. Juli 1852, frequentierte das Gymnasium in Venedig, absolvierte die medizinischen Studien in Padua, wo er auch promoviert wurde; doch mußte er, um in Triest praktizieren zu können, das Doktorexamen in Graz wiederholen (1876). Er trat hierauf in das Triester städtische Spital ein, wurde hier Sekundar- und 1886 Primararzt. 1897 erhielt er die Erlaubnis, in seiner Abteilung urologische Fälle aufzunehmen, was, wie sich später zeigte, der Gründung einer italienischen urologischen Schule gleich kam. Denn mit eisernem Fleiße und ungewöhnlicher Energie widmete sich jetzt Nicolich der Neugestaltung seiner Abteilung, welche auch bald nicht nur in Italien und in Deutschland, sondern namentlich in Frankreich bekannt wurde. Und in der Tat, selten hat sich jemand mit einem solchen Eifer seiner Spezialität gewidmet wie Nicolich. Von früh bis in die Nacht mit geringen Unterbrechungen war Nicolich in der ihm ans Herz gewachsenen Abteilung mit der Behandlung und der wissenschaftlichen Verwertung seiner Kranken und mit der Vervollkommnung urologischer Instrumente beschäftigt, ja selbst als schon im späteren Lebensalter ein schwerer Herzfehler und eine quälende Atemnot an seinem Lebensnerve nagten, kannte er keine Schonung, keine Rast. Sein Lerneifer kannte keine Grenzen und veranlaßte ihn, fast an allen urologischen Kongressen von Paris, Berlin, Wien und in Italien teilzunehmen. In Paris speziell genoß Nicolich ein hohes Ansehen, was sich denn auch in seiner Ernennung zum Offizier der Ehrenlegion offenbarte. Aber auch sonst war Nicolich Gegenstand vielseitiger Auszeichnungen: In Italien wurde ihm der Professortitel verliehen; er wurde zum Kommandeur der Corona d'Italia ernannt, zum ersten Präsidenten der von ihm gegründeten „Società Italiana di urologia" und zum Mitglied der „Associazione internazionale d'uro-

Digitized by Google

logia". Wiederholt war er Präsident des Triester städtischen Spitales, Vorsitzender des „Associazione medica triestina", Mitglied der „Société française urologique" und der „Académie imperiale de Médecine de Constantinopel" und wurde in den letzten Tagen Ehrenmitglied der Berliner urologischen Gesellschaft.

Die von Nicolich veröffentlichten Publikationen und Berichte in den einzelnen wissenschaftlichen Gesellschaften sind so zahlreich, daß es kaum möglich ist, sie alle hier aufzuzählen. Hier seien nur folgende genannt: „Sklerodermie der Erwachsenen" (preisgekrönt von der Academie de Medicine de Paris). Klinische Studien über die Massage, mehrere Publikationen über die neue Methode der Kalomelinjektionen nach Scarenzio. Im „Trattato italiano di urologia" behandelte er das Kapitel der Blasenkrankheiten. Originell und lehrreich ist seine Arbeit über die „Irrtümer in der urologischen Chirurgie", in welcher er seine Fehler freimütig mitteilt, ferner eine Arbeit über die Nierenoperationen bei Individuen mit nur einer Niere, dann „Nefrite ematurica", ferner „Sulla perinefrite scleroadiposa molto dolorosa" u. a. Besonders wertvoll sind seine Arbeiten über die Prostatektomie. Er operierte zunächst nach der französischen Methode nach Proust und Gosset; als er aber die Methode von Freyer kennen lernte, blieb er dieser Methode für immer treu. Von seinen Arbeiten über die Blasenkrankheiten seien erwähnt: „Malacoplachia della vesica" im Vereine mit Ferrari), ferner über einen Todesfall durch Gasembolie nach Lufteinführung in die Blase, dann „Sul divisore vescicale", ferner über die endoskopische Elektrokoagulation der Blasenpapillome usw. Endlich gab er eine Modifikation am Uretrotom von Maisonneuve an und publizierte mehrere Arbeiten über Harnröhrenverengerung.

Es war daher kein Wunder, daß zu einem so vielseitigen Urologen von ganz Italien zahlreiche Ärzte eilten, um sich in der urologischen Spezialität bei ihm auszubilden. Die von Nicolich gegründete Schule umfaßt viele Namen von Klang, darunter Lasio, Gardini, Perrucci, Panà, D'Agata, Bruni, E. Mayer, De Favento, durch viele Jahre sein Assistent, und endlich Ravasini, welch letzterer, nachdem er durch mehr als 20 Jahre sein treuer Mitarbeiter gewesen war, auch sein Nachfolger wurde.

Mit Nicolich ist einer der bedeutendsten Ärzte Italiens dahingegangen, der aber auch als Mensch gleich groß war: jeder Schmeichelei abhold, aufrichtig bis zur Schroffheit, wo es sein mußte, ein zärtlicher Familienvater und Gatte; ein väterlicher Freund für seine Schüler und die Ärzte seiner Abteilung, wurde er von allen, die ihn kannten, vergöttert, besonders aber von den Kranken, die er, ob arm oder reich, mit gleicher Liebe und Sorgfalt und uneigennützig pflegte und dabei niemals aus seiner überragenden Stellung als Operateur und Arzt materielle Vorteile ziehend. Und so war denn sein Leichenbegräbnis ein wahrer Trauertag für seine Vaterstadt; zu seinem Totenbette eilten tausende der von ihm behandelten und geheilten Kranken, und als man seine sterbliche Hülle durch die Straßen von Triest zur letzten Ruhestätte führte, da drängten sich, mit Tränen in den Augen, Tausende von seinen Mitbürgern, um dem großen Toten das letzte Geleite zu geben.

E. Freund-Triest.

Referatenteil

redigiert von Dr. Marie Unna, Hamburg-Bergedorf.

Fachzeitschriften.

Zeitschrift für Urologie.

1924, Bd. 18, H. 12.

Traumatische Ruptur einer durch akzessorisches Gefäß bedingten Hydronephrose, von W. Pfanner, Chir. Univ.-Kl. Innsbruck. S. 657. Pat. reagiert auf einen Stoß gegen Oberbauch mit heftigen Schmerzen, Erbrechen und starken Blutungen. Operation ergibt eine Hydronephrose, anscheinend entstanden, da ein sonstiges direktes Abflußhindernis vom Nierenbecken nicht vorhanden, durch ein akzessorisches Gefäß hinter dem Ureter knapp an dessen Abgang vom Nierenbecken. Die Arterie zieht zum unteren Pole. Die Hydronephrose ist durch den Bauchstoß geplatzt.

Digitized by Google

Paraffin als Füllmittel für schwierige zystoskopische Untersuchungen und zur Verstärkung der Chemokoagulation, von E. Joseph. S. 662. Verf. hat klares, wasserhelles leichtflüssiges Paraffin benutzt, um zu einer zystoskopischen Untersuchung die Blase zu füllen, nachdem sie sorgfältig entleert wurde. Die einzelnen Stadien der Blasenfunktion waren sehr gut zu sehen.

Bemerkungen zum Prioritätsstreit Blums gegen Praetorius betreffs der Purpurpura urologica, von A. Rothschild-Berlin. S. 663. Der Verf. stellt sich auf die Seite von Praetorius und weist die Prioritätsansprüche Blums zurück, da über das Thema bereits von anderer Seite berichtet worden ist. Auch den Vorwurf einer Omissio literaris, den Praetorius über sich ergehen lassen muß, weist Rothschild zurück, da er Blum denselben vielleicht unbeabsichtigten Fehler der Berichterstattung nachweist.

W. Chrzelitzer-Waldenburg.

Bulletin de la Société Française de Dermatologie et de Syphiligraphie.

Sitzung vom 11. Dezember 1924.

L. Lafay: **Zum Protokoll der Sitzung vom 12. Juni 1924.** Die Untersuchungen über Wismutausscheidung von Lacapère, Restoux und Bugeard waren in der Sitzung vom 10. Juli durch Jeanselme angezweifelt worden, der das Auftreten von Wismut im Urin erst viel später nachweisen konnte. Es ist jedoch nunmehr gelungen, bei Verarbeitung der ganzen 24stündigen Urinmenge Wismut am 4. und in einem Falle sogar schon am 3. Tage nachzuweisen.

Leredde: **Zum Protokoll. Zu welchem Zeitpunkte soll die Lumbalpunktion bei einem Syphilitiker vorgenommen werden** (A quel moment doit-on analyser le liquide céphalo-rachidien chez un syphilitique)? Verteidigung der Vornahme in der Frühperiode. Sabouraud hält dies für zu früh, da man zu dieser fast regelmäßig einen pathologischen Befund erhalten wird.

Jeanselme: **Gedenkrede auf Rollet.**

Louste, Dupuy-Dutemps, Thibaut und Louet: **Zwei Fälle von Pemphigus der Konjunktiva** (Deux cas de Pemphigus conjonctival). Seltenes, aber wichtiges Vorkommen, da Erblindung zu befürchten. In dem einen Falle überwogen die Hauterscheinungen. Er wird als Duhringsche Krankheit mit Pemphigus der Konjunktiva aufgefaßt und durch Bestrahlungen der Thyreoidea wesentlich gebessert. Der zweite Fall hatte fast ausschließlich Augenerscheinungen aufzuweisen, die zu schweren Veränderungen geführt hatten. Besserung durch Autohämotherapie (20 Einspritzungen in steigender Dosis bis zu 15 ccm). Bezüglich der endgültigen Prognose ist in beiden Fällen Vorsicht nötig, da oft nach sehr langen Remissionen Rückfälle vorkommen.

Louste, Lévy-Franckel und Thibaut: **Fall zur Diagnose.** Lineäre, asymmetrische Dermatose mit langsamer Entwicklung; man könnte an Nävus denken, doch paßt dazu nicht die Neigung zu Narbenbildung mit follikulärer Keratose und Bildung einer peripheren Ränderung. Diese letzten Veränderungen lassen an Porokeratosis Mibelli oder Keratosis pilaris denken, wogegen jedoch der mikroskopische Befund spricht.

Gastou und Fuchs: **Verkannte Syphilis des Gesichts von lupoidem Aussehen. Einfluß von Traumen auf die Entwicklung einer latenten Syphilis von wahrscheinlich konzeptionellem Ursprung** (Syphilis méconnue de la face d'apparence lupoide. Influence du traumatisme sur l'évolution d'une syphilis latente d'origine probablement conceptionelle). Infektion wahrscheinlich von dem ersten Manne, Erscheinungen nie bemerkt. 9 Schwangerschaften mit wechselnd toten, gesunden Kindern und Aborten. Lebendes, gesundes Kind in zweiter Ehe, zur Zeit des Bestehens der syphilitischen Veränderungen. Diese waren zuerst am Schenkel nach einem Falle und Eiterung einer dabei entstandenen Verletzung, dann am Leib aufgetreten, an diesen beiden Stellen spontan geschwunden, während sie im Gesicht sich immer weiter entwickelten. Thibierge bezweifelt den Zusammenhang mit dem Trauma, der in bezug auf syphilitische Hauterscheinungen überhaupt zweifelhaft ist. Milian hält im Gegenteil den Zusammenhang für sehr häufig; auch viszerale Syphilide werden gewöhnlich durch physikalische oder chemische Traumen hervorgerufen.

Lortat-Jacob und A. Haye: **Arsenpigmentierung bei einem Tabiker. Verteilung in einem anscheinend vom Sympathikus und Rückenmarksnervenwurzeln abhängigen Gebiete** (Pigmentation arsenicale chez un tabétique. Disposition semblant affecter un territoire sympathique et radiculaire). **Melanodermien bei einem mit Sal-**

Digitized by Google

varsan behandelten Tabiker, im weiteren Verlauf der Behandlung vermehrt. Der Sitz entspricht dem unteren Zervikalganglion und dem lumbo-sakralen Sympathikusabschnitt.

Lortat-Jacob und Bréger: **Pityriasis rubra pilaris.** Den Erscheinungen war angeblich eine Skarlatina voraufgegangen. Besserung nach subkutanen Einspritzungen von Antigen Nègre und Boquet stimmt zu der Auffassung derer, die Pityriasis rubra pilaris zu den Tuberkuliden rechnen.

Milian, Périn und Solente: **Lymphadenom des Penis** (Lymphadenome de la verge). Klinisch einem Epitheliom sehr ähnlich, doch hierfür kein histologischer Befund, vielmehr im Korium reichliches Lymphzelleninfiltrat, eingebettet in ein Netzwerk von Bindegewebsfasern, die von den Gefäßwänden ausgehen. Rapide Besserung nach Bestrahlungen. In der Besprechung wird auf die häufigen Rezidive hingewiesen und von anderer Seite Thorium X empfohlen.

Chatellier und Nanta: **Primäres Epitheliom der Brustdrüse und einer Lymphdrüse** (Epithélioma primitif de la glande mammaire et ganglion). Mikroskopische Präparate.

André Léri und Linossier: **Wahrscheinlich kongenital-syphilitische Affektion der Tabula interna des Schädels bei einem Falle abgeschwächter und erblicher Achondroplasie** (Lésion probablement hérédo-syphilitique de la table interne du crâne dans un cas d'achondroplasie atténuée et héréditaire). Die Erscheinungen einer geringen aber deutlichen Achondroplasie zeigten sich bei Mutter und Tochter; bei letzterer außerdem röntgenologisch Zeichen kongenitaler Syphilis an der Tabula interna des Schädels.

André Léri und Cottenot: **Die Syphilis der Tabula interna des Schädels (Demonstration von Präparaten und Röntgenogrammen** (La syphilis de la table interne du crâne [présentation de pièces et de radiographies]). Obgleich die Veränderungen der Tabula interna weniger bekannt sind als die der externa, scheinen sie häufiger zu sein. Es handelt sich um Gummen oder mehr oder weniger tiefe Ulzerationen oder mehr oder weniger erhabene Hyperostosen. Diese Knochenveränderungen oder wenigstens die durch sie hervorgerufenen Störungen sind in einigen Fällen durch Wismutbehandlung günstig beeinflußt worden.

A. Louste, L. Louet und J. Darquier: **Tuberkulose von hypertrophischer Form an der Wange, Orientbeule vortäuschend** (Tuberculose à forme hypertrophique de la joue simulant le bouton d'Orient). Ulzerierter Tumor der linken Wange bei einer Armenierin. Der hypertrophische Charakter macht eine Einordnung in eine der verschiedenen beschriebenen Formen der Tuberkulose schwierig. Die Vermutung einer Orientbeule wurde durch die mikroskopische Untersuchung entkräftet.

Leredde: **Die innerliche Darreichung der Phenilarsinsäure und ihre Indikationen** (L'ingestion de l'acide phénylarsénique par voie buccale et ses indications). Polemik gegen die interne Behandlung mit Treparsol; die einzige Indikation für das Mittel wäre seine angebliche Verträglichkeit bei Intoleranz gegen andere Salvarsanpräparate, doch erscheint es fraglich, ob nicht auch in diesem Falle intravenöse, subkutane oder intramuskuläre Einspritzungen vorzuziehen wären.

C. Levaditi: **Vorbeugung und Behandlung der Syphilis durch innerliche Medikation** (Prévention et traitement de la syphilis par la voie buccale). Zu den in der Gesellschaft vorgetragenen Mitteilungen über die innerliche Darreichung von Treparsol bei Syphilis erinnert L. daran, daß das prinzipielle Verdienst der neuen Methode ihm und Sazerac zukommt, da sie zuerst das Stovarsol (ebenso wie Treparsol ein Salz der Oxyaminophenilarsinsäure) zur Prophylaxe und Behandlung empfohlen haben. — Es schließt sich eine längere Aussprache über die historische Entwicklung dieser Behandhandlungsmethode an, in der auch der ersten Versuche Ehrlichs auf diesem Gebiete gedacht wird.

Gastou und Tissot: **Ein Fall von Ikterus, wahrscheinlich auf syphilitischer Basis, gleichzeitig mit dem Schanker im sero-negativen Stadium** (Un cas d'ictère d'origine syphilitique probable contemporain du chancre à la période pré-humorale). Derartige Fälle sind ziemlich selten. Behandlung mit Rücksicht auf eventuelle Leberschädigung zunächst mit intravenösen Hg-Einspritzungen, dann bei schnellem Rückgang der mit dem Ikterus verbundenen Erscheinungen Chinin-Wismut, später Salvarsan. Das gleichzeitige Auftreten und der Einfluß der Behandlung spricht für Ikterus auf Grund von Syphilis; die Erklärung des Zustandekommens in diesem Stadium ist sehr schwierig, es müssen jedenfalls bereits Störungen in der Funktion der Leberzellen bestehen, wenn auch anatomische Veränderungen nicht nachweisbar sind.

Digitized by Google

P. Noel: **Salvarsan-Urtikaria am Glied lokalisiert** (Urticaire post-novarsénobenzolique localisé à la verge). Die (in ungefähr einer halben Stunde wieder verschwindenden) Erscheinungen von Pruritus und Ödem am Gliede traten von der zweiten Einspritzung an trotz Adrenalin wiederholt auf, ließen jedoch allmählich an Stärke und Dauer nach. Ein außerdem beobachteter genitaler Herpes steht mit den Einspritzungen nicht im Zusammenhang, da er einmal zwischen zwei Einspritzungen auftrat und der Kranke auch sonst daran litt.

P. Noel: **Recklinghausensche Krankheit und Variola** (Maladie de Recklinghausen et variola). Die Erscheinungen der Recklinghausenschen Krankheit sollen im Alter von 7 Jahren im Anschluß an eine Variola aufgetreten sein und sich dann weiter entwickelt haben. Man könnte daran denken, daß die Pockennarben der Ausgangspunkt der Fibrome geworden sind, oder daß sie wenigstens den Anreiz zur Entwicklung der latenten kongenitalen Erkrankung gegeben haben.

Ernotte: **Arsenstomatitis** (Stomatite arsenicale). Den Erscheinungen einer bei fortgesetzter Salvarsanbehandlung aufgetretenen ulzerösen Stomatitis waren geringe Intoleranzerscheinungen von seiten der Mundschleimhaut vorausgegangen. Nach Abklingen der Stomatitis Wismutbehandlung gut vertragen. E. Levin-Berlin.

Acta Dermatologica.

1924, Bd. 4, H. 1.

Über die Veränderungen des Blutbildes nach Salvarsaninjektion mit besonderer Rücksicht auf kombinierte Adrenalin- und Salvarsaninjektion, von Y. Takeuchi-Nagoya. S. 74. Kaninchen wurden einmaligen und mehrmaligen Salvarsaninjektionen ausgesetzt. Zur Verwendung gelangten Neosalvarsan und Arsaminol. Sie erhielten entweder die Normaldosis oder die Maximaldosis der Präparate. Hämoglobingehalt und Erythrozyten wurden nicht beeinflußt. Injiziert man erst Adrenalin, dann Salvarsan, so sinkt die Zahl der Eosinophilen, bei den Mononukleären verhält es sich umgekehrt.

Serologische Untersuchungen bei experimenteller Syphilis (Serological Studies of Experimental Syphilis), von S. Takenaka, Derm. Univ.-Kl. Kyoto. S. 75. Die sog. unspezifische positive WR bei Kaninchen spielt nach Ansicht des Verf., sofern die Technik exakt gehandhabt wird, keine wesentliche Rolle, er selbst konnte nur 1% unspezifische Reaktionen feststellen. Als geeignetes Antigen erwies sich alkoholischer Ochsenherzextrakt mit Äther und Azeton, nach Noguchis Vorschrift behandelt. Bei Primärsklerosen pflegt die WR positiv zu sein. Wichtig für den positiven Ausfall der Reaktion ist das Befallensein oder Nichtbefallensein des Hodens. Primäraffekte anderer Spirochätosen (Kaninchensyphilis, Rattenbißkrankheit) verursachten keinen positiven Ausschlag, so daß die Reaktion also bei Kaninchensyphilis als spezifisch zu betrachten ist. Entgegen dem Verhalten bei menschlicher Syphilis verschwindet die positive Reaktion gleichzeitig mit dem Primäraffekt.

1924, Bd. 3, H. 3/4.

Die Frage der kongenitalen Infektion mit den Spirochäten der Rattenbißkrankheit, von M. Abe. S. 251. Mäuse wurden vor oder während der Schwangerschaft mit Spirochäten der Rattenbißkrankheit subkutan injiziert. Bei den Neugeborenen wurde in verschiedenen Zeitabständen Blut dem Schwanzende entnommen. Niemals ließen sich Spirochäten nachweisen, die Plazenta wurde also von den Erregern nicht passiert. Ebensowenig bestand bei den jungen Tieren eine Resistenz oder Immunität gegen Spirochäteninfektion.

Über Beziehungen zwischen Berufsarten und Handschwielen vom gerichtlich-medizinischen Standpunkte aus, von H. Natori. S. 329. Ausführliche Arbeit mit zahlreichen Abbildungen, die die Abhängigkeit der Schwielenbildung von der beruflichen Tätigkeit klarlegt.

Eine klinische Studie über den Strophulus infantum, von T. Havashi-Kyoto. S. 344. Auf Grund von 40 Fällen ist Verf. der Ansicht, daß diese Erkrankung weder zur Tuberkulose, noch zu Ernährungs- oder Entwicklungsstörungen in Beziehung steht. Jeder Juckreiz könne ein veranlassendes Moment der Erkrankung sein.

Digitized by Google

Experimentelle Studien mit einigen Wismutpräparaten an Syphiliskaninchen, von H. Ishimaru, Y. Adachi und T. Shimoda, Derm. Univ.-Inst. Kyoto. S. 361. Versuche mit Muthanol, Neotrepol, Bismogenol, Milanol, 10%ige Hg-Salizyl-Paraffinemulsion. Die Zeitdauer bis zum Verschwinden der Spirochäten schwankte zwischen 3 und 15 Tagen, bis zum Verschwinden der syphilitischen Affektion 8—33 Tage. Bei den ersten beiden Präparaten einige Versager. Die besten Ergebnisse erzielte das letztgenannte Präparat.

M. Gumpert-Berlin.

Archives of Dermatology and Syphilology.

1925, Bd. 11, Nr. 1.

Die Lepra in der Stadt New York (Leprosy in New York City), von J. A. Fordyce und F. Wise-New York. S. 1. Die Einschleppung der Lepra ist nicht auf Unachtsamkeit oder Unwissenheit der Hafenkontrolle zurückzuführen. Trotz genauester mikroskopischer und histologischer Untersuchung ist die Diagnose oft schwer zu stellen. Die Impfung von Meerschweinchen ergibt zum Unterschied von der Tuberkulose ein negatives Resultat. Wichtig für die Frühdiagnose sind depigmentierte Hautstellen mit Anästhesie. Die Kranken haben durchaus das Interesse, der ärztlichen Aufmerksamkeit zu entgehen. Verf. bringt zahlreiche Bilder der verschiedenen Leprastadien und eine genaue Übersicht seiner Fälle in Tabellen. Interessant ist das Bild einer Leprösen, die wie ein Fall von Lupus erythematodes aussieht, und das einer Luetikerin, die man für eine Lepröse halten möchte. Die Inkubation beträgt wenige Wochen bis 40 Jahre. Personen aus Orten mit endemisch vorkommender Lepra pflegen 10—20 Jahre symptomlos zu bleiben. Muir in Indien beobachtete, daß sich die Inkubationszeit je nach der näheren Berührung mit einem Leprösen richtet. Ob die Infektion durch den Respirationstraktus oder durch Hautschrunden erfolgt, weiß man nicht. Ein Zwischenwirt ist nicht anzunehmen, da die Lepra überall auftritt.

Amöbeninfektion der Haut mit einem Überblick der bis jetzt bekannten Literatur (Amebiasis Cutis with a Survey of the Medical Literature to Date), von L. F. Heimburger-Shantung, China. S. 49. Ein 39jähr. Chinese wird mit einem großen Ulkus der rechten Bauchseite, das massenhaft braunen, stinkenden Eiter entleert, eingeliefert. Vor 7 Jahren Dysenterie, die sich seither jedes Jahr im Spätsommer wiederholte. Vor einem Jahr Beginn der jetzigen Affektion mit Bildung eines Knotens von Walnußgröße unter heftigen Schmerzen der rechten Bauchseite. Aufbruch des Knotens unter Entleerung eines bräunlich blutigen Eiters. Von dieser Fistel ausgehend, entwickelt sich ein Hautgeschwür der Umgebung von 12×6×4 cm Größe. Im Eiter des Hautgeschwürs findet sich Amoeba histolytica. Nach subkutanen Emetingaben rapider Fieberabfall, Aufhören der Eitersekretion, Verschwinden des Geruches und der Amöben, Granulierung der großen Wundfläche. Eine voraufgehende lokale Behandlung mit 40%igem Formaldehyd war völlig wirkungslos. Im Stuhl werden Amöben nie nachgewiesen, auch Fütterung junger Hunde mit Amöbeneiter führt zu keiner Dysenterie. Die Hautinfektion mit Amöben wurde offenbar durch die Fistel eines kleinen Leberabszesses hervorgerufen. Die Ruptur eines Leberabszesses nach der Haut zu ist eins der seltensten Vorkommnisse.

Sarkoid (Type III) mit Infektion der Tonsillen und des Zahnfleisches (Type III Sarcoid Associated with Infection of Tonsils and Gums), von E. R. Whitmore-Washington. S. 56. Dariers Einteilung der Sarkoide, wobei der Typ III gleich Erythema induratum ist, wird nicht allgemein anerkannt. Bei Erythema nodosum sind Bakterien in den Knoten gefunden, bei Erythema induratum Tuberkelbazillen. Nach Verf. ist es durchaus möglich, daß beide Krankheitsbilder allein durch Toxine hervorgerufen werden. Verf. berichtet über einen Fall, der klinisch als Erythema nodosum, seinem chronischen Verlauf nach als Erythema induratum bezeichnet werden konnte. Nach Entfernung der Tonsillen, die das Bild einer chronischen lakunären Angina darboten, verschwand die Affektion für Monate. Bei einer Gingivitis erneutes Auftreten des Erythems und nach Beseitigung derselben Heilung seit 5 Jahren.

Der Madurafuß. Bericht über 4 Fälle (Mycetoma. Report of Four Cases), von E. D. Lovejoy und R. W. Hammack-Los Angeles. S. 71. Der Madurafuß, hervorgerufen durch einen Pilz, kommt in den Vereinigten Staaten hauptsächlich im Südwesten vor. Im klinischen Aussehen und Verlauf ist bei allen Fällen kein wesentlicher Unterschied, obgleich die Pilzarten erheblich variieren können.

Digitized by Google

Das Pinselhaar (Trichostasis Spinulosa or Pinselhaar), von J. H. Metchell-Chicago. S. 80. Bericht über einen Mann mit Pinselhaar des Rückens und der Oberarmaußenseiten seit 6 Jahren. Bei mikroskopischer Untersuchung findet man Hornpfröpfe, die ein Bündel von pinselartig abgebrochenen Lanugohaaren enthalten. Hochstetter nimmt an, daß es sich entweder um eine anormale kongenitale Absonderung der Papille des Follikels handelt, oder die Haare werden alle von einer Papille produziert, sie fallen aber nicht aus, sondern bleiben an Ort und Stelle liegen. Meist findet sich neben einer funktionierenden Papille mit nur einem Haar eine atrophische Papille mit den typischen Kolbenhaaren, wie Kölliker sie als „zusammengesetzen Follikel" beschrieben hat. Die Arrectores pilorum sind hypertrophisch infolge des dauernden Versuches, den Pfropf zu exprimieren. Therapeutisch hat sich Salizyl bewährt.

Kolmers Komplementfixierungsmethode als eine spezifische Reaktion für Syphilis (The Kolmer Complement Fixation as a Specific Test for Syphilis), von C. E. Reyner und F. W. Hartman-Detroit. S. 91. Kolmers neue Methode ist insofern ideal, als falsche positive Resultate vermieden werden. Cholesterinantigen (0,02%) gibt bei 4stündiger Eisschrankfixation weniger falsche negative, aber 0,1% falsche positive Resultate. Es wird sich empfehlen, beide Methoden gleichzeitig anzuwenden, um völlig einwandfreie Resultate zu erhalten. L. Mühlpfordt-Allenstein.

Mitteilungen aus der Literatur.

Syphilis.

e. Therapie.

Die Behandlung der Syphilis mit Silbersalvarsan, von Ustinowski. (Wratschebnaja Delo, 1924, Jahrg. 7, Nr. 20—23.) Verf. sieht im Silbersalvarsan ein bequemes Präparat zur Behandlung der Syphilis, welches in seiner Wirkung auf die syphilitischen Haut- und Schleimhauterscheinungen aller Stadien diejenige des Neosalvarsans übertrifft und dem Salvarsan gleicht. Irgend welche unangenehme Nebenwirkungen wurden unter 167 Infusionen nicht beobachtet. Abgesehen von leichter Rötung des Gesichts während der intravenösen Injektion kam es zu keinen nitritoiden Krisen.
A. Jordan-Moskau.

Silbersalvarsan bei der Behandlung der Syphilis; ein Vergleich mit Neosalvarsan (Silver Salvarsan in the Treatment of Syphilis. A Comparison with Neosalvarsan), von W. A. Whitman-Columbus (Ohio). (Med. J. and Record, 1924, Bd. 120, Nr. 6.) Sonderbeilage S. XCIII—XCIV.) Beobachtungen an 162 Fällen. Silbersalvarsan ergab einen größeren therapeutischen Effekt bei geringerer Toxizität. Für den Erfolg erscheint kombinierte Behandlung empfehlenswert.
E. Levin-Berlin.

Unzulänglichkeit der Mischspritzenbehandlung mittels einzeitiger intravenöser Hg- oder Bi-Salvarsaneinspritzungen, von E. Hoffmann und R. Strempel, Univ.-Hautkl. Bonn. (M. m. W., 1924, Nr. 38, S. 1320.) Die Mischspritzenbehandlung wird abgelehnt aus theoretischen Gründen wie auf Grund von Beobachtungen. Sie ist weniger wirksam (geringere Dauerwirkung hinsichtlich WR und ansteckender Syphilisprodukte), hat stärkere Nebenwirkungen bzw. Gefahren als die kombinierte Behandlung Sa + unlösliche Bi- bzw. Hg-Präparate. A. v. Notthafft-München.

Über Behandlung von Syphilis mit Neosalvarsan-Cyarsal-Mischspritze, von Beer und Engel, Berlin. (Ther. d. Gegenw., 1924, Jahrg. 65, H. 11, S. 500.) Bericht über 120 Fälle der verschiedensten Stadien, bei denen sich die Neosalvarsan-Cyarsal-Mischspritzenbehandlung außerordentlich bewährt hat. In etwa 80% schlug die positive Seroreaktion nach einer Kur um. Tabiker und Taboparalytiker sind voll arbeitsfähig und seit 2—3 Jahren stationär. Ein großer Vorteil ist die technische Vereinfachung der Kur. M. Gumpert-Berlin.

Akute gelbe Leberatrophie nach Neo-Arsphenamininjektionen (Acute Yellow Atrophy of Liver Following Neo-Arsphenamin Injections), von W. H. Gordon und M. S. Feldman-Ann Arbor. (J. Am. m. Ass., 1924, Bd. 83, Nr. 17, S. 1310.) Eine 27jährige Frau mit Lues II (WR ++++) erhält aus sozialen Gründen eine sog. „drastische" Kur: Innerhalb 4 Monaten 13,2 g Neoarsphenamin intravenös und 60 Hg-Einspritzungen zu je 5 g. Danach WR++. Nach 2 Monaten 0,6, im nächsten

Digitized by Google

Monat 2mal je 0,9 g Neoarsphenamin. Darauf plötzlich auftretender, rasch zunehmender Ikterus, unter den charakteristischen Symptomen einer akuten gelben Leberatrophie. Verff. machen den Vorschlag, der drastischen Kur mit Neoarsphenamin eine eingehende Leberfunktionsprüfung vorausgehen zu lassen. R. Ley-Kreuznach.

Gelbsucht und Leberatrophie bei Salvarsanbehandlung, von G. Birnbaum, Univ.-Hautkl. Würzburg. (Zbl. f. Haut- u. Geschlechtskrkh., 1924, Bd. 14, H. 3/4, S. 137.) Übersichtsreferat.

Über Salvarsanschädigungen, von Fr. Maerz, Hautabt. d. Katharinensp. Stuttgart. (M. m. W., 1924, Nr. 28, S. 943.) Zwei Fälle günstig abgelaufener Salvarsanenzephalitis. Ursache wohl zu schnelle Einschmelzung örtlicher syphilitischer Prozesse. Also anfangs kleine Dosen, nach der vierten oder fünften Injektion große! Salvarsanschädigungen entstehen wohl in der Regel durch relative Überdosierung.

A. v. Notthafft-München.

Der Nachweis von latentem Ikterus während der Behandlung mit Arsenobenzolpräparaten (The Recognition of Latent Jaundice during Treatment with Arsenobenzol Compounds), von W. J. Gerhard. (Brit. m. J., 1924, Nr. 3319, S. 224.) Verf. hat im Marinehospital zu Haslar bei den mit Novarsenobillon behandelten Syphiliskranken eine größere Reihe von Untersuchungen auf latenten Ikterus, namentlich unter Verwendung der van den Berghschen Reaktion auf Bilirubin, im Serum ausgeführt. In der Regel erhielten die Patienten im ganzen bei primärer Syphilis 3,6 g im Laufe von etwa 4 Wochen, bei Spätsyphilis 2,7 g. Anfangs wurde das Medikament in 4 ccm Wasser gelöst gegeben, später in 10 ccm, da die konzentriertere Lösung die Neigung zu Leberstörungen zu steigern schien. Unter 370 Fällen zeigten 281 niemals eine Vermehrung von Bilirubin im Serum. Von den übrigen 89 zeigten 22 bei der Aufnahme schon eine Vermehrung zum Teil bis zu 2,5 Einheiten. Bei den restierenden 67 Fällen stellte sich im Laufe der Behandlung eine Steigerung des Bilirubins ein; bei 6 Patienten sogar bis zu 3 Einheiten oder mehr, und von diesen zeigten 4 bald einen ganz ausgesprochenen Ikterus. Verf. empfiehlt das van den Berghsche Verfahren zur Vermeidung einer Überdosierung aufs wärmste. A. Philippi-Bad Salzschlirf.

Thiosinamin zur Behandlung der Salvarsandermatitis (Thiosinamin in the Treatment of Arsphenamin Dermatitis), von S. S. Greenbaum-Philadelphia. (J. Am. m. Ass., 1924, Bd. 83, Nr. 3, S. 38.) An Hand vieler Fälle von Salvarsandermatitis leichten und schwersten Grades werden die auffallend schnellen Erfolge des Thiosinamins, intravenös verabreicht, demonstriert. A. de Lemos-Hamburg.

Die Meta-amino-oxyphenyl-Arsenniksäure und ihre Derivate bei der Behandlung der Syphilis (L'acido meta-amino-ossifenilarsenico e i suoi derivati), von P. Pediconi, Rom. (Policlinico, 1924, Nr. 22). Verf. berichtet über seine Erfahrungen mit „Tréparsol" bei 21 Fällen von Syphilis des Primär-, Sekundär- und Tertiärstadiums, einem As-Präparat, das per os angewendet wird. Erfolge: Rasches Schwinden der Symptome und bei längerem Gebrauche bisweilen auch der positiven WR (Verf. kann darüber aber wegen der kurzen Beobachtungszeit wenig aussagen). Das Mittel läßt sich auch als Präventivkur bei suspektem Koitus benutzen. Dosierung: Es wurden durch 3 Tage $4 \times 0{,}25$ auf nüchternen Magen verabreicht, dann durch 3 Tage Aussetzen der Behandlung. Es ist angezeigt, vor Beginn der Kur eine Probetablette (0,25) zu reichen. Nie wurden üble Zufälle beobachtet außer in folgendem Falle: Ein Patient, der gegen Neosalvarsan (endovenös) so intolerant war, daß er auf 0,45 eine nitritoide Krise bekam, erlitt 3 Stunden nach Einnehmen von 0,25 „Tréparsol" einen ähnlichen, wenn auch viel schwächeren Anfall. Die Eliminierung erfolgt später als die des Neosalvarsans und ist nach 3 Tagen beendet. Dauer eines Behandlungszyklus bis 4 Wochen. E. Freund-Triest.

Klinische Erfahrungen mit einem neuen Arsenobenzolpräparat „Albert 102", von E. Arning, Univ.-Hautkl. Hamburg. (Kl. W., 1924, Nr. 47, S. 2135.) Verf. hat das obengenannte Präparat, von dem die Konstitutionsformel zunächst noch nicht bekanntgegeben werden kann, klinisch erprobt. Es soll dem Salvarsan nicht nur ebenbürtig, sondern in mancher Beziehung, besonders durch seine Stabilität des Moleküls überlegen sein. Es wird intravenös in Dosen bis 0,2 bei Männern und 0,15 bei Frauen mit einer Gesamtdosis von 1,6 bzw. 1,2 gegeben. Nebenerscheinungen, insbesondere Dermatosen haben sich niemals eingestellt; leichtere Nebenerscheinungen, vorübergehende Übelkeit, Kopfschmerzen usw. selten. Da es kein Atoxylderivat ist, sind Optikusschädigungen ausgeschlossen. Verf. hat mit dem Präparat über 2000 Injektionen gemacht, und seine Wirksamkeit als dem Salvarsan zum mindesten ent-

Digitized by Google

sprechend gefunden. Dazu kommt noch, daß die unangenehmen Geschmacks- und Geruchsempfindungen bei der Salvarsaninjektion hier ganz fortfallen. Wirtschaftlich ist ein großer Vorzug, daß „Albert 102" an der Luft lange Zeit stehen kann, ohne daß es verdirbt. Bei Patienten mit vorausgegangener und abgeheilter Salvarsandermatitis ist es nach der Weiterbehandlung mit „Albert 102" zu keinem Neuaufflackern der Erscheinungen der Dermatitis gekommen. In einzelnen Fällen trat nach der ersten Injektion eine Temperatursteigerung, ein Spirochätenfieber auf. Im allgemeinen sind die Spirochäten recht bald nach Einsetzen der Behandlung aus den spezifischen Erscheinungen verschwunden. Versehentliche paravenöse Extravasate waren nie so schmerzhaft wie bei ähnlichen Versehen mit Salvarsan. Es wird notwendig sein, weitere große Reihenprüfungen abzuwarten, um zu sehen, ob das Präparat, das anscheinend wirtschaftlich rentabler ist und, was die Hauptsache ist, auch besser als Salvarsan ohne wesentliche Nebenerscheinungen vertragen werden soll, auch klinisch dem Salvarsan gleichkommen kann, oder dieses zu übertreffen vermag. Vgl. Derm. W., Bd. 79, S. 1619. E. Langer-Berlin.

Die Wismutbehandlung der Syphilis (Le traitement de la syphilis par le Bismuth), von G. Drouet. (J. de Méd. de Paris, 1924, Nr. 32, S. 671—677; Nr. 33, S. 694—698; Nr. 34, S. 713—716; Nr. 35, S. 734—737.) Allgemeine therapeutische Eigenschaften. Indikationen: Arsenresistenz, Arsenintoleranz. Übersicht über die Präparate. Die Wirksamkeit ist allein vom Gehalt an metallischem Wismut abhängig. Dosierung. Anordnung der Kuren. Technik der Einspritzungen. Nebenerscheinungen. Prinzipien der Behandlung in den verschiedenen Stadien. Seronegative Frühperiode: nur bei Arsenintoleranz oder zur Ergänzung der Arsenbehandlung. Seropositive Frühperiode: im allgemeinen ebenso, ev. Wismut und Arsen anschließen. Auch bei älterer Syphilis in erster Linie Salvarsan, Wismut eigentlich nur, falls Salvarsan kontraindiziert, was allerdings hier häufiger der Fall ist. Die Behandlung muß bei Verwendung von Wismut eine ausgedehntere sein. Besondere Vorschriften für die Behandlung der Syphilis des kardiovaskulären Systemes, der Leber, Nieren, des Nervensystems, bei Graviden (wenig zu empfehlen), bei Lues congenita. Die kombinierte Anwendung womöglich aller Antisyphilitika wird widerraten, die aufeinanderfolgende mehrerer jedoch empfohlen. Die Methode einer intermittierend über längere Zeit ausgedehnten Behandlung mit schwächeren Dosen (traitement d'entretien), für die an und für sich Wismut sehr geeignet wäre, wird abgelehnt.

E. Levin-Berlin.

Wismut in der Syphilistherapie, von Salkind. (Zschr. z. Vervollkommn. d. Ärzte, 1924, Nr. 7—8 [Russisch].) Eine gute Übersicht über die verschiedenen Wismutpräparate und ihre Wirkung. A. Jordan-Moskau.

Die Syphilisbehandlung mit Wismut in der Landpraxis, von Nikolski. (Wratschebnaja Gaseta, 1924, Jahrg. 28, Nr. 19—20.) Bemerkenswert ist, daß Verf. sich selbst, nach den Angaben des Hagerschen Handbuches für Arzneimittellehre, aus Bi subnitr., Ac. citricum und Natr. biboric. ein Präparat von Bi citropyroboratum hergestellt hat, welches ihm dieselben guten Resultate gab, wie die vielen käuflichen und patentierten Bi-Präparate. A. Jordan-Moskau.

Zur Wismutbehandlung der Syphilis, von H. Bieder, Univ.-Hautkl. Würzburg. (M. m. W., 1924, Nr. 37, S. 1275.) Die Brauchbarkeit und gute Verträglichkeit des Wismuts wird bestätigt. Manche Versager sind vielleicht darauf zurückzuführen, daß es nicht wie Hg ein reines Metall ist. Dem Spirobismol wird keine bessere Wirkung als anderen Bi-Präparaten zuerkannt; eine Verschiedenartigkeit der Wirkung der einzelnen Präparate wird ebenfalls nicht zugegeben. Wismut beeinflußt die Spirochäten und die Seroreaktionen schlechter als Salvarsan und Kalomel und steht den anderen Quecksilberpräparaten gleich. Bedenklich sind Nierenreizungen, ärgerlich der Zahnsaum. Die salvarsan- und Hg-festen Syphilisfälle weichen einer ordentlichen gleichzeitigen Behandlung; eher gibt es, besonders bei Spätsyphilis, Bi-refraktäre Fälle. Dagegen ist Bi gut verwertbar bei gegen Sa- oder Hg-überempfindlichen Personen.

A. v. Notthafft-München.

Übersicht über die therapeutische Wirksamkeit der gebräuchlichen Wismutpräparate unter Berücksichtigung eines neuen deutschen Präparates, des Mesurol-Bayer, von G. Scherber, Hautabt. Rudolfsp. Wien. (W. m. W., 1924, Nr. 40, S. 2093.) Die Wismutpräparate Trepol, Nadisan, Bismogenol, Milanol und Mesurol entfalten im allgemeinen, teils allein gegeben, teils gemeinsam mit Salvarsan, eine recht gute Wirkung, und zwar sowohl auf die klinischen wie auch die serologischen Erscheinungen.

Digitized by Google

Dabei sei hervorgehoben, daß Verf. bei der Dosierung meistens auf 1½—2 ccm p. Dos., alle 3—4 Tage injiziert, heraufgegangen ist. Unter den Nebenerscheinungen fiel nur beim Nadisan eine Schmerzhaftigkeit durch die Injektion auf, weshalb es aufgegeben wurde; sonst konnte Verf. vielfach leichte Stomatitiden, die im allgemeinen die weitere Behandlung nicht störten, beobachten, selten schwere Gingivitiden, manchmal das Auftreten von Nierenepithelien. Hierbei sei dem Ref. gestattet zu bemerken, daß auf unserer Abteilung in der letzten Zeit — besonders seit der Verwendung von Sorbismal — in gehäufter Zahl schwere Nierenstörungen beobachtet werden konnten, desgleichen bei alleiniger Verwendung eines der gebräuchlichen Wismutpräparate häufiges Rezidivieren nach vollständig abgeschlossener Behandlung.

E. Langer-Berlin.

Mesurol, ein neues, gut wirkendes Wismutpräparat, von F. Dietel, Univ.-Hautkl. Erlangen. (M. m. W., 1924, Nr. 27, S. 903.) Sehr gute klinische Erfolge und Wirksamkeit gegenüber den Spirochäten. Schmerzlos. Ohne wesentliche Nebenerscheinungen. Gelegentlich bedeutungslose Epithelurie.

A. v. Notthafft-München.

Wismuttherapie der Syphilis mit Bismogenol und Mesurol, von J. Birnbaum-Breslau. (Kl. W., 1924, Nr. 45, S. 2061.) Die Ergebnisse, die Verf. aus einer mehrjährigen Wismutbehandlung anfangs mit Bismogenol, später mit Mesurol zieht, gleichen im allgemeinen den aus anderen Kliniken mitgeteilten. Auch hier gewinnt man den Eindruck, daß Verf. in dem Wismut ein zwar gutes, aber auch mildes Mittel zur Behandlung der Lues sieht, das besonders dort angebracht ist, wo Salvarsan und Hg nicht wirken, oder eins von diesen nicht vertragen wird. Es finden sich auch beim Wismut Nebenerscheinungen, doch sind sie weniger stürmisch und milder als beim Hg. Deshalb kann es dieses vielfach ersetzen; ob es in seiner Dauerwirkung dem Hg entspricht, kann nur eine langanhaltende Beobachtung lehren. Von Nebenerscheinungen werden der Wismutsaum, Darmstörungen und in einzelnen Fällen Nierenstörungen leichter Natur erwähnt. Bei WR-positiver Spätlues empfiehlt Verf., um eine eventuelle Gewöhnung der Spirochäten an Salvarsan und Hg zu brechen, eine Wismutkur zwischenzuschalten.

E. Langer-Berlin.

Bismogenolbehandlung in der Sprechstundenpraxis, von Krulle-Brandenburg (Havel). (M. Kl., 1924, Nr. 46, S. 1618—1619.) Verf. rühmt die guten Erfolge bei ausreichend durchgeführter Kur (Doppelkur von 2×14 Spritzen zu je 1,0 mit freiem Zwischenraum von 8—14 Tagen zwischen den beiden Serien) bei Fehlen von Schmerzen und Nebenerscheinungen.

E. Levin-Berlin.

Beobachtungen über die Wismutbehandlung der Syphilis mit Bismogenol (Observations on the Bismuth Therapy of Syphilis with the Oxybenzoic Acid Compound), von H. E. Ahlswede und W. Busch-Hamburg). (M. J. and Record, 1924, Bd. 120, Nr. 6, S. 45—46.) In gewissen Fällen, aber nicht als allgemeine Regel kann Bismogenol zur Abortivbehandlung seronegativer Primärfälle verwendet werden, wie ein gut verlaufener Fall zeigt. Am meisten verspricht die Behandlung bei zerebraler Syphilis und beginnender Tabes. Auch für die Prophylaxe ist Wismut von Wert. Die Bildung von Depots ist von Wichtigkeit. Wie bei jeder Syphilisbehandlung ist eine ständige Überwachung des Blutbildes erforderlich. Schädlicher Einfluß auf die Nieren läßt sich vermeiden. Die Beeinflussung der WR war eine gute.

E. Levin-Berlin.

Therapeutische Wirkung des Bismogenols in der Syphilisbehandlung, von V. Nagel, Univ.-Hautkl. Halle. (D. m. W., 1924, Nr. 37, S. 1237.) Die klinischen Heilerfolge nach Behandlung mit Bismogenol sind durchweg als gut zu bezeichnen. Serologische Rückfälle kommen seit Einführung der kombinierten Salvarsan-Bismogenolkur seltener vor.

F. Harry-Wiesbaden.

Über Wismutbehandlung der Lues congenita, von W. Stoye, Univ.-Kinderkl. Halle a. S., (M. m. W., 1924, Nr. 41, S. 1131.) Gute Erfolge. Geringe Nebenwirkungen; aus letzterem Grunde dem Hg vorzuziehen. Wegen der langsamen Wirkung des Bi auf die syphilitischen Erscheinungen ist bei Erstkuren die Kombination mit Sa besser. Für ambulante Nachkuren scheint die ausschließliche Bi-Kur zu genügen; aus praktischen Gründen ist sie sogar zu empfehlen.

A. v. Notthafft-München.

Über Neo-Cutren, von H. Abrahamsohn, Amb. f. Geschlechtskrh. am Krkh. Moabit in Berlin. (M. Kl., 1924, Nr. 45, S. 1580—1581.) Zur Verwendung kamen für eine Kur 15 intraglutäale Injektionen von je 1,5 g der Suspension. Keine Schmerzen.

Digitized by Google

keine Nierenschädigungen, keine Munderscheinungen. Nur in einem Falle Erythem um die Injektionsstelle herum. Die Spirochäten schwanden im allgemeinen nach der dritten Einspritzung, ausgedehnte Exantheme nach 2—4, umfangreiche Primäraffekte nach 5—7 Injektionen. Bei seropositiven Primäraffekten und frühsekundärer Syphilis wurde die WR oft schon nach 6—7 Injektionen negativ, in späteren Stadien war eine Beeinflussung langsamer, manchmal auch gar nicht zu erzielen. In anderen Fällen, die bei anderweitiger Behandlung positiv geblieben waren, gelang es negative Reaktion zu erreichen. Eine weitere Besserung nach der Kur ist zu erwarten, da die Ausscheidung des Wismuts eine langsame ist. E. Levin-Berlin.

Wismut und Nervensyphilis (Bismuth et syphilis nerveuse), von L. Lortat-Jacob und Legrain. (Progr. méd., 1924, Nr. 42, S. 636—638.) Der im Anfang behauptete Übergang des Wismuts in die Zerebrospinalflüssigkeit ist wieder zweifelhaft geworden. Den bedeutendsten Einfluß übt Wismut bei pathologischem Liquor auf die Lymphozytose aus. Klinisch zeigt sich vorzügliche Beeinflussung von akuter und chronischer Meningitis; bei Tabes oft sehr gute Wirkung auf funktionelle Erscheinungen. Der Einfluß auf progressive Paralyse erscheint illusorisch. Im allgemeinen soll die Wismutbehandlung mit anderen Medikationen kombiniert werden. E. Levin-Berlin.

Erfahrungen mit Bismophan, von G. Leder-Görlitz. (M. m. W., 1924, Nr. 23, S. 752.) In der Regel keine oder unbedeutende örtliche Schmerzen. Gelegentliche Kopfschmerzen, Wismutsaum, Albuminurie und Zylindrurie zwangen nicht zum Aussetzen der Behandlung. Erfolge hinsichtlich Spirochäten und Syphiliserscheinungen sehr günstig, bezüglich WR wie bei den übrigen Wismutpräparaten recht zweifelhaft. Warnung vor ausschließlicher Anwendung des Wismuts bei primärer Syphilis.
A. v. Notthafft-München.

Über Spirobismolbehandlung der Frühsyphilis, von E. Nathan, Derm. Abt. Krkhs. Nürberg. (M. m. W., 1924, Nr. 20, S. 647.) Die Treponemen schwanden aus dem Reizserum „in der überwiegenden Anzahl der Fälle" in 3—5 Tagen, die Syphiliserscheinungen wurden „recht günstig" beeinflußt. Die Jarisch-Herxheimersche Reaktion trat „mit ziemlicher Regelmäßigkeit" auf. Die subjektiven Beschwerden waren „im ganzen" sehr gering. Gelegentlich wurde vorübergehende Epitheliurie oder Albuminurie beobachtet, einmal ein stärkeres skarlatiniformes Erythem.
A. v. Notthafft-München.

Ein neues Prinzip in der Chemotherapie der Syphilis, von F. Köndgen und K. Meissner, Hautkl. d. Städt. Krankenanst. Essen. (M. m. W., 1924, Nr. 41, S. 1429.) Die Fabrik Imhausen & Co. in Witten-Ruhr wird ein neues Präparat „Saluen" in Handel bringen, welches in 1 ccm 40 mg Wismut und 5 mg Arsen gelöst enthält. Das Wismut ist durch einen anorganischen Körper adsorbiert. Zwischen beiden besteht ein Gleichgewichtszustand, der aber im Blut und Körpergewebe langsam gelöst wird. Die Versuche ergeben Ungiftigkeit und nur harmlose Nebenerscheinungen, günstige Beeinflussung der klinischen Erscheinungen und der Seroreaktionen, sogar Eignung zur Abortivbehandlung. Das Präparat kann intraglutäal und endovenös gegeben werden. Die zugeführten Bi-Mengen sind gering. A. v. Notthafft-München.

Über die Bestimmung des Wismuts in Organen, Blut, Harn und Stuhl sowie über seine Ausscheidung, von W. Autenrieth und A. Meyer-Freiburg, Br. (M. m. W., 1924, Nr. 19, S. 601.) Kleinste Mengen Wismut lassen sich durch Überführung in das Kaliumwismutjodiddoppelsalz mit hinreichender Genauigkeit auf kalorimetrischem Wege bestimmen. Etwa beigemengtes freies Jod kann mit Chloroform ausgeschüttelt werden. Vorhandenes Quecksilber stört die Wismutbestimmung nicht; denn es bleibt als farbloses komplexes Merkurikaliumjodid in Lösung. Organe, Blut, Harn und Stuhl werden am besten nach der Methode von Fresenius-v. Babo mit Salzsäure und Kaliumchlorat aufgeschlossen. Hieran schließt sich die Ausfällung des in Lösung befindlichen Wismuts als Bi_2S_3 und die Überführung des letzteren in das Wismutjodiddoppelsalz, dessen Menge schließlich kalorimetrisch ermittelt wird, an. In Form von Neo-Wismulen intravenös eingespritztes Wismut wird zwar zum großen Teil, aber nur langsam durch die Nieren ausgeschieden; ebenso erfolgt in kleinerer Menge seine Ausscheidung durch den Stuhl und in Spuren durch den Speichel. Nach intramuskulärer Einspritzung von Bismogenol ließen sich in einem Falle noch 35 Tagen nach der Injektion in Niere, Milz und Leber noch einige Milligramm Wismut kalorimetrisch bestimmen. Ebenso wurde Arsen in Leber und Niere desselben Kranken nach einer gleichzeitigen Salvarsankur aufgefunden; die letzte Salvarsannatrium-Injektion lag 37 Tage vor Eintritt des Todes zurück.
A. v. Notthafft-München.

Digitized by Google

Über den Nachweis des Bismut in den Organflüssigkeiten (Per la ricerca del bismuto nei liquidi organici), von P. Amodei-Neapel. (Il Policlinico, 1924, H. 44.) Verf. beschreibt die verschiedenen zum Nachweise von Bi in den Organflüssigkeiten angewandten Methoden der verschiedenen Autoren und gibt auf Grund eigener Nachprüfung der Methode von Aubry den Vorzug, mit Hilfe derer er bei 48 mit verschiedenen Bi-Präparaten behandelten Luetikern verschiedener Stadien das Bi stets im Urin, aber niemals im Speichel nachweisen konnte. Er gelangt dabei zu folgenden Schlüssen: 1. unter allen Methoden des Nachweises von Bi in kleinsten Spuren in den organischen Flüssigkeiten ist die von Aubry die beste; 2. sie ist spezifisch, aber kann unter Umständen zu Irrtümern Anlaß geben; 3. die Methode von Danger und Flaudin kann zwecks Zeitersparnis mit gleicher Exaktheit, aber nur bei Urin angewendet werden.

E. Freund-Triest.

Wismutschädigungen, von F. A. Büeler, Derm. Univ.-Kl. Bern. (Zbl. f. Haut- u. Geschlechtskrkh., 1924, Bd. 14, H. 5/6, S. 281.) Sammelreferat.

Über einen plötzlichen Todesfall nach intravenöser Wismuteinspritzung, von K. Kallmann. (Kl. W., 1924, Nr. 45, S. 2055.) Zu der unter obigem Thema gemachten (referiert 1924, Bd. 79, S. 836) Arbeit von Magnus teilt Verf. mit, daß er in über $1^1/_2$ Jahren Hunderte von intravenösen Wismuleninjektionen gemacht habe, ohne jemals einen Zwischenfall gesehen zu haben. Er hält diese Art der Darreichung für prompt wirkend und ungefährlich.

E. Langer-Berlin.

Über toxische Hauterscheinungen im Verlauf der Wismutbehandlung der Syphilis, von K. Boas. Derm. Abt. Städt. Krkhs. Nürnberg. (M. Kl., 1924, Nr. 44, S. 1533—1536; Nr. 45, S. 1571—1573.) Die klinischen Formen der Wismut-Dermatosen stimmen mit den toxischen Hautschädigungen durch Salvarsan und Quecksilber überein: Urtikaria (mit Neigung zu fixen Erythemen bzw. rezidivierendem Verlauf), Purpura (harmlos, schnell vorübergehend), Erytheme und Exantheme. Die meisten Hauterscheinungen wurden bei französischen Präparaten beobachtet. Das Stadium der Syphilis hat keinen Einfluß auf das Auftreten von Hauterscheinungen, in vielen Fällen bestand schon vorher Überempfindlichkeit gegen Salvarsan. Toxische Allgemeinerscheinungen gehen meist dem Ausbruch der Hauterscheinungen voraus. Das Exanthem hat niemals nässenden Charakter. Zu unterscheiden sind Frühexantheme zu Beginn und im Verlauf der Behandlung (meist regionär, doch auch mit Generalisierungstendenz, stark juckend, mit Ödem und Fieberbewegungen verbunden) und Spätexantheme gegen Ende der Kur (meist am Stamm, nur langsam wieder schwindend). Erstere sind papulo-squamös, unter Umständen sekundär in Purpura übergehend, bei stärkeren toxischen Reaktionen generalisiert, skarlatiniform; die Späterytheme zeigen stets trockene erythemato-squamöse Formen. Andere Intoxikationserscheinungen sind meist vorhanden. Die Differentialdiagnose von anderen Erythemen kann Schwierigkeiten machen, unter Umständen entscheidet das Wiederauftreten nach Wiederaufnahme der Behandlung. Sehr charakteristisch ist, besonders im Anfangsstadium der Erkrankung das Blutbild: Leukopenie bei normaler Eosinophilie. Es können ferner noch beobachtet werden zosteriforme Erscheinungen, schnell vorübergehende bullöse, dem Schweißexanthem nahestehende Formen, Furunkel, Pruritus, allgemein oder in der Nachbarschaft der Injektionsstelle, Balanitis erosiva.

E. Levin-Berlin.

Über toxische Hauterscheinungen nach Wismutbehandlung, von Görl und Voigt-Nürnberg. (M. m. W., 1924, Nr. 27, S. 904.) Dermatitis nach der 15. Bismogenoleinspritzung. In der Rekonvaleszenz Beginn eines wochenlang dauernden Depressionszustandes. In einem anderen Falle Dermatitis mit wandernden Gelenkschwellungen.

A. v. Notthafft-München.

Zur Malariabehandlung der progressiven Paralyse in den Tropen, von L. Kirschner und H. F. van Loon. (Kl. W., 1924, Nr. 44, S. 2001.) Statistisch machen die Verff. die interessante Mitteilung, daß in Niederländisch-Indien die Europäer dreimal so häufig (9,1%) an Paralyse erkranken als die Eingeborenen (2,9%), und bei letzteren sehr selten die Frauen, doch ergaben sich auch hier für die inländische Frau noch kleinere Zahlen als für die europäische Frau. Ein neurotropes Virus kann zur Erklärung nicht herangezogen werden, da die Infektionsquelle meistens die gleiche ist, nämlich die eingeborene Frau. Dabei muß für die Lues der Eingeborenen noch beachtet werden, daß sie meistens sehr schwere Hautsymptome macht. Bei den Eingeborenen spielen sicherlich die vielen fieberhaften Erkrankungen eine Rolle für den Ablauf der Lues. Versuche, die Paralyse mit Malaria zu behandeln, scheiterten bei einem großen Teil daran, daß selbst bei täglich wiederholter Impfung — intravenös 4—5mal

Digitized by Google

wiederholt — mit Tertiana sich eine absolute Immunität zeigte; in anderen Fällen traten zwar Krankheitssymptome nach der Impfung auf, doch folgte nach wenigen leichten Anfällen eine Selbststerilisierung. Von 4 Pat., bei denen die Impfung mit Tropika bzw. Tertiana gelang, zeigte ein Indo-Europäer eine komplette Remission und zwei Sudanesen sehr erhebliche Besserung. Infolge der Malariaimmunität der Eingeborenen wird es praktisch notwendig sein, die therapeutische Malariainfektion durch eine andere fieberhafte Erkrankung zu ersetzen. E. Langer-Berlin.

Die Malariabehandlung der Syphilis, von J. Kyrle. (W. kl. W., 1924, Nr. 43, S. 1105.) Die Kur wird in der Weise durchgeführt, daß die Pat. zuerst mit Salvarsan, in der Regel bis zu 3 g innerhalb vier Wochen, behandelt werden; dann folgt die etwa dreiwöchige Malariakur und unmittelbar hiernach werden wieder mindestens 3 g, aber auch 4,5 und 6 g Neosalvarsan gegeben, je nach dem Verhalten der Serum- und Liquorreaktionen, die gar nicht selten hohe Resistenz zeigen. Eine geringe Anzahl von Aortenkrankheiten mit sekundären Herzaffektionen haben die Kur glatt überstanden. Allerdings sind auch zwei Todesfälle wegen Herzinsuffizienz zu verzeichnen, zurückzuführen auf nicht genügend strenge Auswahl des Materials. Entsprechend der schweren Krankheit, die der Pat. durchzumachen hat, geht das Körpergewicht stark zurück; nach Abschluß der Fieberperiode folgt jedoch schnelle Erholung. Die Salvarsanbehandlung, die sobald als möglich nach der Malariaperiode zu beginnen hat, wird im allgemeinen gut vertragen. Intravenöse Chininbehandlung — 5 ccm einer 10%igen Chinin-bisulfur.-Lösung — bewirkte stets prompte Beseitigung der Malaria, die in keinem Falle rezidivierte (vgl. Derm. W., Bd. 79, S. 1649). Fendt-Wiesbaden.

Malariabehandlung bei allgemeiner Paralyse; Aufhören der gastrischen Krisen als einer der Erfolge (Malarial Therapy in General Paralysis of the Insane. The Disappearence of Gastric Crises as one of the Results), von W. M. McGrath. (Lancet, 1924, Bd. 207, Nr. 5280, S. 960.) Bei dem 34jähr. Pat. bestand neben anderen Erscheinungen seit 6 Monaten heftiges Erbrechen (bis zu 30mal in 24 Stunden), mit heftigen Magenschmerzen verbunden. WR positiv, antisyphilitische Behandlung; Malariabehandlung wurde gut vertragen, seitdem blieb er frei (bis jetzt 8 Monate lang) von jeder Magenstörung. Auch der psychische Zustand war so gebessert, daß Pat. auf eine Weile entlassen werden konnte. Wenn auch der eine Fall nicht beweiskräftig genug ist, so glaubt Verf. doch zu weiteren diesbezüglichen Versuchen berechtigt zu sein.
M. Stern-München.

Malaria und Gehirnsyphilis (Malaria in Syphilis of Brain), von L. E. Hines-Chicago. (J. Am. m. Ass., 1924, Bd. 83, Nr. 15, S. 1161.) Kurzer klinischer und anatomischer Bericht über einen Patienten mit chronischer syphilitischer Leptomeningitis und Malaria. Die mikroskopische Untersuchung des Gehirns ergab, ebenso wie der kurze klinische Verlauf, keinen Einfluß der Malaria auf die luetischen Prozesse. R. Ley-Kreuznach.

Die Impfmalaria experimentell durch Anophelen nicht übertragbar, von G. Barzilai-Vivaldi und O. Kauders, Psych.-neurol. Univ.-Kl. Wien. (W. kl. W., 1924, Nr. 41, S. 1055.) Um den Beweis zu erbringen, daß die Impfmalaria durch Anophelen nicht übertragbar ist, wurde auf Anregung von Wagner-Jauregg folgender Versuch gemacht: Aus Italien eingeführte Anophelen wurden im Laboratorium unter für sie möglichst günstigen Lebensbedingungen (Wärme, Feuchtigkeit) gehalten. 11 fiebernde Impfmalariapatienten wurden von ihnen mit mindestens 150 Stichen gestochen, hatten so also reichlich Gelegenheit infektiöses Blut in sich aufzunehmen. In einer zweiten Etappe ließ man nun die Fliegen 6 malariafreie Patienten stechen und wartete 21 Tage (Inkubationszeit), während welchen die Patienten außerdem noch mit fieberproduzierenden Prozeduren gereizt wurden. Bei keinem trat ein typischer Fieberanfall auf. Dann wurden alle mit positivem Resultat mit Malaria intravenös geimpft. Die Impfmalaria ist also durch Anophelen nicht übertragbar, es entsteht sonach durch diese Therapie keine Ansteckungsgefahr. Für malariaendemische Länder wird ein durch mehrere Mensch-Menschpassagen praktisch gametenfreier Stamm zur vollkommenen Sicherheit empfohlen. In den nach dem Versuch mikroskopisch genau durchuntersuchten Anophelen konnten weder Oozysten oder Ookineten (Magen) noch Sporozoiten (Speicheldrüsen) nachgewiesen werden. F. M. Peter-Hamburg.

Erfahrungen mit der kombinierten Mirion-Neosalvarsanbehandlung bei Syphilis, von J. Matuschka, Univ.-Kl. f. Haut- u. Geschlechtskrkh. Wien. (W. kl. W., 1924, Nr. 41, S. 1063.) Bei einem ausgewählten Material (seropositive Sklerosen oder floride Lues II) von 183 Pat. berichtet Verf. über 56 Rezidive, davon 50 auf Pat. mit nur einer kombinierten Neosalvarsan-Mirionkur fallen. Von 60 Pat. mit zwei oder

Digitized by Google

mehr Kuren nur 6 Rezidive. Klinische Rezidive verzeichnet M. insgesamt nur 8. Also gewiß ein gutes Resultat. Die effektive Wirkung des „Mirion" ist so zu verstehen, daß es die Reaktion zwischen Virus und Gewebe steigert, eine Mobilisierung des Virus veranlaßt, so daß dann das spezifische Neosalvarsan angreifen kann. Daraus ergibt sich auch eine gute Verwendbarkeit als Provokationsmittel. Therap. Dosis 20—25 Mirioninjektionen mit 4,5—6,0 Neosalvarsan. F. M. Peter-Hamburg.

Neue Erfahrungen zur Frage der Malariablutkonservierung, von L. Horn und O. Kauders, Univ.-Kl. Wien. (W. kl. W., 1924, Nr. 44, S. 1140.) Mit defibriniertem Blut von Malariakranken, das über Blutagar im Eisschrank aufbewahrt wurde, gelangen hintereinander positive Impfungen nach einer Konservierungsdauer von 48, 66, 70 und 74 Stunden. Die Methode hat in keinem einzigen Falle versagt und ist als Methode der Wahl zu bezeichnen; vielleicht handelt es sich nicht nur um Erhaltung der Lebensfähigkeit der Malariaplasmodien, sondern auch um ihre Weiterentwicklung und sogar um Züchtung. Fendt-Wiesbaden.

Erkrankung eines Syphilitikers an Paralyse trotz überstandener Malaria, von Schwartz, Landesheilanstalt Altscherbitz. (M. m. W., 1924, Nr. 19, S. 618.) A. v. Notthafft-München.

Biologisch-klinische Blutstudien über allgemeine Infektionsfragen an der Impfmalaria der Paralytiker, besonders über ihre unspezifische Wirksamkeit, von V. Schilling, Jossmann, K. Hoffmann, Rubitschung und Van der Spek, I. Med. Univ.-Kl. Berlin. (Zschr. f. kl. Med., 1924, Bd. 100, H. 6, S. 742.) Bei der experimentellen Malaria beginnen die Krankheitserscheinungen am Tage der Injektion, um sich stufenweise zu steigern, ohne daß es zum Auftreten abnormer Reaktionen käme. Zwischen dem klinisch wenig auffallenden Fieberzustand und dem alarmierenden Schüttelfrost bestehen in bezug auf das Blutbild nur graduelle Unterschiede. Fieber, Leukozytenbewegung und Parasitenzahl erreichen parallel ihren Höhepunkt. Zum Auftreten einer kollapsartigen Schüttelfrostreaktion ist anscheinend eine sehr heftige Reizung des Wärme- und Gefäßzentrums notwendig. Dabei kann im Blutbild ein prinzipieller Unterschied nicht herausgelesen werden. Dies wird als Zeichen einer feineren Reaktion des Blutbildes gedeutet, im Gegensatz zur Fieberkurve. Eine Besonderheit des Paralytikers an sich wurde nicht festgestellt. Nicht nur der einzelne Anfall, sondern das ganze Krankheitsbild zeigt den Ablauf jedes infektiösen Blutbildprozesses: der neutrophilen Kampfphase folgt eine monozytäre Abwehr- oder Überwindungsphase und eine lymphozytär-eosinophile Heilphase. Dies spricht gegen einfache Verschiebungsvorgänge, aber für regenerative Vorgänge, die sich auch durch fieberfreie Intervalle hinziehen. Es ist nach Ansicht der Verff. wohl denkbar, daß irgend ein unspezifisches Reizmittel ähnliche Prozesse auslöst; die bisher bekannten wirken aber nicht so stark oder sind bei derartigem Ausschlage schädigender. Die stärker wirkenden Milchinjektionen führen zu einer mehr neutrophilen und langsamer abklingenden Reaktion. Auch toxische Nebenwirkungen, z. B. bei der Behandlung mit Nukleinsäuren, trüben den therapeutischen Erfolg. Die geringe Eigenschädlichkeit der Malariaparasiten ist besonders günstig, da nicht die Notwendigkeit der Erzeugung einer spezifischen Immunität eintritt. Von diesen Gesichtspunkten aus wird die Malariatherapie als die Methode der Wahl zur Bekämpfung derartig torpider Prozesse angesehen. R. Hölscher-Hamburg.

Tagesgeschichtliche Nachrichten.

Gestorben: Geh. Med.-Rat Prof. August v. Wassermann in Berlin;
Hofrat Prof. Vítězslav (Viktor) Janovský, gewesener Vorstand der dermatologischen Klinik an der tschechischen Universität in Prag. R.

Nachdruck (auch des Abschnittes „Tagesg. Nachr.") ist ohne Genehmigung des Verlegers nicht erlaubt.

Verantwortlich für die Redaktion: für Originalabhandlungen und T. N.: Prof. Dr. J. H. Rille. Leipzig. Für den Referatenteil: Dr. M. Unna, Hamburg-Bergedorf.

Digitized by Google

Dermatologische Wochenschrift

Nr. 16 (Bd. 80) 18. April 1925

Aus der Universitätshautklinik Jena (Direktor: Prof. Dr. Spiethoff).

Ekzem als Folge einer Unfallneurose.

Von

Dr. E. Brill, Assistent.

Mit 1 Abbildung im Text.

Hauterkrankungen auf traumatischer Grundlage sind selten beschrieben, so daß die Unfallmedizin bis heute noch über ganz geringe Erfahrung verfügt. Teske hat über die traumatische Psoriasis gearbeitet und genauere Literaturangaben darüber gemacht. Pozze äußert sich über trophische Störungen der Haut bei traumatischer peripherer Neuritis an Hand eines beobachteten Falles:

Ein 50jähr. Mann zeigt nach Sturz auf den Ellenbogen Atrophie und Lähmung im Bereich des Plexus brachialis ohne Sensibilitätsstörungen. Die Haut des erkrankten Gliedes war entsprechend einer Atrophie der Muskulatur verdünnt. Die gelähmte Hand selbst war der Sitz einer reichlichen Epitheldesquamation, welche unverkennbar Reste geplatzter Bläschen darstellt. Bei der linken, nicht affizierten Hand trat in symmetrischer Weise ebenfalls Bläschenbildung auf.

Es handelt sich also anscheinend hier um eine Hautaffektion auf der Grundlage einer Erkrankung sensibler Nervenelemente.

Wollte man den Begriff der traumatischen Ekzeme weit fassen, so gehört vor allem ein großer Teil der Gewerbeekzeme hierher. Es handelt sich hierbei jedoch in den meisten Fällen nicht um eine exogene Ursache allein, sondern die Anschauungen gehen dahin, daß auch endogene Momente mit maßgebend sind, die das Gewerbetrauma zur Wirkung bringen. Die Versicherungsordnung bewertet das Gewerbeekzem nur dann als Unfall, wenn das Ekzem sich als Folge einer kurz dauernden schädlichen Einwirkung ekzemerregender Stoffe bei der Betriebsarbeit darstellt. Nach dem Unfallversicherungsgesetz entspricht dies nach der Erläuterung von Kaufmann einer halb- oder höchstens ganztägigen Wirkung.

Im Hinblick auf die Kasuistik der Verbindung von Ekzem und Trauma in der Unfallversicherung soll hier ein an der Jenaer Hautklinik beobachteter Fall geschildert werden, der durch besondere Begleitumstände auch für die Frage der Ekzemätiologie nicht ganz ohne Bedeutung sein kann.

Anamnese: W. H., Eisenbahnassistent, 39 Jahre alt.

Familienanamnese ergibt keine Besonderheiten in bezug auf dermatologische, venerische und Stoffwechselkrankheiten. Geistes-, Nerven- und Lungenkrankheiten ebenfalls nicht nachweisbar. Vor allem zeigten sich keinerlei Anhaltspunkte für Magenerkrankungen.

Patient selbst: 4 gesunde Geschwister. Über Kinderkrankheiten werden keine bestimmten Angaben gemacht. Pat. war früher nie hautkrank. Nie ernstlich krank gewesen. Hat seinem Beruf ohne jegliche Störungen bisher nachgehen können; hat

Digitized by Google

keine Anzeichen von nervöser Überreizung gehabt. Früher nie Magenbeschwerden. Keine Geschlechtskrankheiten. Pat. ist seit 16 Jahren verheiratet, Frau und Kinder sind gesund.

Pat. bezieht bisher keine Unfallrente.

Am 27. V. 1923 erlitt Pat. folgenden Unfall: H., der als Eisenbahnbeamter die Oberaufsicht über die Rangierarbeiten des Güterbahnhofs hatte, fuhr auf dem letzten Wagen eines rangierenden Zuges. Er stand auf dem oberen Trittbrett des Wagens und hielt sich mit der linken Hand an der Eisenstange, die zum Bremshäuschen führte, fest. Durch plötzliches Bremsen entstand ein kurzer Stoß am Zug und Pat. stürzte vom Wagen herunter auf einen Haufen alter, grober Reste von Lokomotivschornsteinen. Pat. selbst wußte zunächst nicht, was vorgefallen war; er sei aber anscheinend nicht vollkommen besinnungslos gewesen. Nach Abklingen der unmittelbaren Chokwirkung stellte er fest, daß er Abschürfungen in der Magengegend und eine Verstauchung des rechten Fußes erlitten hatte. Am nächsten Morgen begab er sich in ärztliche Behandlung. Da der Fuß stark angeschwollen war, standen diese Klagen im Vordergrund. Die Magenbeschwerden waren geringer und wurden als Schmerzen infolge der Hautabschürfungen gedeutet. Nach deren Abheilung, etwa 4 Wochen später, bemerkte Pat. jedoch langsame Verschlimmerung seiner Magenbeschwerden, die im Laufe der kommenden Monate Tag für Tag in ganz geringem Maße, aber doch stetig zunahmen, so daß Pat. bis zur Aufnahme in unserer Klinik etwa $1^3/_4$ Jahre lang in ärztlicher Behandlung war.

Seit 3 Wochen akute, wesentliche Verschlimmerung der Magenbeschwerden, so daß schwerere körperliche Arbeit nicht verrichtet werden kann. Ziehende Schmerzen in der linken Oberbauchgegend, ab und zu mit Druckgefühl verbunden, die sich unabhängig von der Nahrungsaufnahme in wechselnder Stärke einstellen. Klagen über Aufstoßen, ab und zu Erbrechen. Stuhlgang in letzter Zeit unregelmäßig. Obstipationen und Diarrhoen in häufigem Wechsel. Vor 9 Tagen verspürte Pat. während der Nacht heftigen Juckreiz in der Magengegend. Beim Erwachen am nächsten Morgen zeigte sich an entsprechender Stelle ein aus Bläschen bestehender Ausschlag, der nach 2 Tagen zu nässen anfing. Am 17. XI. 1924 Überweisung in die Jenaer Hautklinik.

Befund: Mittelgroßer Mann in ausreichendem Ernährungszustand mit schlaffer Muskulatur. Etwas blasse Gesichtsfarbe. Sichtbare Schleimhäute sind leidlich durchblutet. Pat. macht bei der Aufnahme einen nervösen und etwas deprimierten Eindruck. Temp. 36,5. Drüsenschwellungen nicht vorhanden. Gebiß vollzählig, einzelne kariöse Zähne im Ober- und Unterkiefer. Zunge schwach belegt, Rachen frei.

Herz und Lunge ohne krankhaften Befund.

Abdomen: Weich. Leber und Milz nicht nachweislich vergrößert. Eine sichere Druckempfindlichkeit des Magens kann wegen der begleitenden Hauterkrankung nicht festgestellt werden (s. Nervensystem).

Der Magenchemismus ergibt normale Werte. Röntgendurchleuchtung: Magen in Stierhornform, Tonus kräftig, rasche Entleerung. Stuhluntersuchung auf Parasiten negativ.

Haut: In der linken Oberbauchgegend findet sich auf geröteter und leicht geschwollener Grundlage ein aus Knötchen und Bläschen bestehender Ausschlag, der sich, gürtelförmig auslaufend, bis eben auf die linke Rückenseite erstreckt. An einigen Stellen deutliche Lichenifikation, stärkere Schuppen- und Borkenbildung sowie spärliches Nässen. Der übrige Körper ist außer einer geringen Reizung der linken Ellenbeuge frei von krankhaften Hauterscheinungen. Bei der Perkussion des gefüllten Magens ergibt sich eine Übereinstimmung der Magengrenze mit der des Hautausschlags.

Nervensystem: Steigerung der Sehnenreflexe, Babinski und Romberg negativ. Keine Ataxie, kein Tremor. Pupillen beiderseits gleichweit, rund, reagieren prompt und ausgiebig auf Lichteinfall und Konvergenz. Kein Nystagmus. Rachen- und Kornealreflex schwach vorhanden.

Digitized by Google

Sensibilität: Im Bereich der von dem Ausschlag befallenen Hautpartie der linken Oberbauchgegend ist eine ausgesprochene Hyperalgesie nachweisbar, die streng auf die erkrankte Hautstelle beschränkt ist. Schon bei leisester Berührung wird Schmerz geäußert. Allein bei dem Versuch, die Hand der erkrankten Stelle zu nähern, ohne sie zu berühren, zuckt der Pat. zusammen. Temperatursinn erhalten.

Urin frei von Eiweiß und Zucker.

WR 0.

Diagnose: Eczema rubrum, oedematosum et madidans.

Therapie: Bettruhe, Diät und Borwasserumschläge.

Verlauf: 19. XI. 1924. Klagen über Schlaflosigkeit und Unruhe, besonders nachts. Appetit mäßig. Die akuten Hauterscheinungen gebessert, nur noch spärliches Nässen. Beschwerden von seiten des Magens unverändert.

Therapie: 4%iges Lenigallol-Zinköl, 3mal täglich 20 Tropfen Recvalysat., 5mal täglich 5 Tropfen Nux vomica (1 ccm = 0,001 g).

24. XI. 1924. Pat. ist wesentlich ruhiger geworden. Die Magenbeschwerden sind zurückgegangen. Das Nässen an der erkrankten Hautpartie ist geschwunden, die Haut beginnt sich zu glätten.

30. XI. 1924. Schlaf und Apetit zufriedenstellend. Nur noch ab und zu leichtes Druckgefühl in der Magengegend. Auf der Haut sieht man nur noch Reste der früheren Erkrankung in Form zarter Lichenifikation und Schuppenbildung. Die Hyperalgesie geht zurück. Berührungen werden nicht mehr schmerzhaft empfunden, sondern es besteht lediglich eine Hypersensibilität gegenüber der gesunden Haut. Seit dem 28. XI. Behandlung mit 2fach kombinierter Salbe. (5%ige Tumenolzinkpaste, Arg. nitr. Salbe āā).

7. XII. 1924. Keine Magenbeschwerden mehr. Stuhlgang regelmäßig. Eine erneute Röntgenuntersuchung des Magens ergibt keine Abweichungen von dem früheren Untersuchungsergebnis.

14. XII. 1924. Dauerndes Wohlbefinden, Schlaf und Appetit gut. Gesichtsfarbe und -ausdruck frisch und lebhaft. Pat. macht psychisch einen wesentlich ruhigeren Eindruck als zuvor, die Depression ist überwunden. Keinerlei Klagen von seiten des Magens mehr. Alle Speisen werden gut vertragen. Die Verdauung ist regelmäßig. Keine Unterschiede der Tast- und Schmerzempfindung an der ehemals erkrankten Haut-

Digitized by Google

partie im Vergleich zum übrigen Körper. Die Haut ist an allen Stellen glatt und reizlos.

24. XII. 1924. Pat. hat sich weiter gut gehalten, geheilt entlassen.

Für die Beurteilung dieses Falles ist von ausschlaggebender Bedeutung, daß die Magenerkrankung sich unmittelbar an das Trauma anschloß und daß nach stetem Anstieg der Beschwerden sich auf ihrem Höhepunkt 2 Jahre später das Ekzem entwickelte, das streng an die Stelle des Traumas gebunden war. Es ist somit über folgende 3 Fragen zu entscheiden: 1. Steht die Magenaffektion in Verbindung mit dem Trauma? Wenn ja, ist 2. das Ekzem eine direkte Folge des Traumas oder eine über den Magen gehende indirekte Erscheinung? 3. Läßt sich aus der Beantwortung der ersten beiden Fragen das Ekzem als Unfallfolge erklären?

1. Wenn wir uns vor Augen halten, daß das Ekzem genau auf die Magengegend beschränkt war, daß andererseits der Magen die Stelle des Traumas darstellte, so liegt natürlich die Vermutung nahe, Ekzem und Magenaffektion in Verbindung zu bringen. Es ist aus diesem Grunde wichtig, zu entscheiden, welcher Art das bestehende Magenleiden ist. Anatomisch könnte es sich vielleicht um eine Verletzung des Plexus coeliacus handeln, es könnte ferner ein Ulkus die Ursache der Beschwerden sein. Ein organisches Leiden ist jedoch nicht anzunehmen, da wir hören, daß die Prüfung des Magenchemismus die gehörigen Werte zeigt, daß ferner die Röntgenuntersuchung in Lage, Form und Tonus des Magens sowie in den Verdauungszeiten nichts von der Norm wesentlich Abweichendes ergab. Die Prüfung auf okkulte Blutungen war negativ. Man wird also in erster Linie an nervöse Störungen zu denken haben. Zu dieser Auffassung kann man umso eher neigen, da der Pat. als ein ausgesprochen ängstlicher, etwas psycholabiler Mann erschien. Er klagte über Unruhe, Schlaflosigkeit, plötzlichen, unerklärlichen Appetitmangel und leichte psychische Erregbarkeit. Im Hinblick auf diese nervösen Symptome und unter Berücksichtigung der klinischen Beobachtung sowie des mangelnden organischen Befundes erscheint die Diagnose „Magenneurose" hinreichend gesichert.

Magenneurosen infolge von Trauma sind aus der Literatur mehrfach bekannt, entweder isoliert oder als Teilerscheinung allgemeiner Neurose. Pat. gibt an, früher nie magenleidend gewesen zu sein, und wir haben keine Anhaltspunkte, an den Aussagen des Pat. zu zweifeln. Diese Anschauung wird durch die Tatsache gestützt, daß Pat. Kriegsteilnehmer war und den Feldzug ohne Unterbrechung durch Krankheiten mitgemacht hat. Neuropathisch veranlagte Menschen können zu jeder Zeit durch irgend ein Ereignis, in diesem Fall durch ein Trauma, eine Manifestation ihrer Anlagen erfahren. Wir nehmen aus diesem Grunde an, daß die Magenaffektion in direkter Verbindung mit dem Unfall steht.

2. Bei Beantwortung der Frage, ob das Ekzem eine direkte Folge des Traumas oder eine über den Magen gehende indirekte Erscheinung ist, müssen wir uns darüber klar sein, daß der Pat. auch ohne Trauma eines Tages ein Ekzem auf konstitutioneller Basis hätte bekommen können. Die pharmakodynamische Prüfung des vegetativen Nervensystems ergab eine positive Reaktion im Sinne der Vagotonie. Es wurde an unserer Klinik durch systematische Untersuchung des vegetativen Nervensystems

Digitized by Google

an Hautkranken bei einer bestimmten Gruppe der Ekzematiker eine Labilität nach der vagotonischen Seite hin experimentell festgelegt. Es waren das solche Fälle von Ekzem, die in der Vorgeschichte Angaben über Nerven- oder Geisteskrankheiten, sowie Suiziden in der Aszendenz machten, die also mit einer gewissen neuropathischen Anlage behaftet waren. Unser Pat. berichtet allerdings darüber nichts, machte aber bei der Aufnahme einen nervösen Eindruck. Wenn wir daher unsere erste Frage nach dem Zusammenhang zwischen Magenaffektion und Trauma bejaht haben, so geht im 2. Punkt unsere Anschauung dahin, daß nach den vorausgeschickten Erörterungen das Ekzem eine über den Magen gehende indirekte Erscheinung ist. Bekannt sind die von Head angegebenen hyperalgetischen Hautzonen bei Erkrankungen tiefliegender Organe; in diesem Zusammenhang sei auch das Beispiel von Sahli erwähnt, der die Druckempfindlichkeit der Haut des Thorax in der Herzgegend bei Herzaffektionen beschreibt. Derartige Erscheinungen werden dadurch erklärt, daß von dem erkrankten Organ ausgehende zentripetale Reizungen, die der direkten Wahrnehmung entzogen sind, durch Irritation benachbarte sensible Teile des Zentralorgans, also beispielsweise des Rückenmarks erregen. Diese sind Durchgangsstellen für die sensiblen Bahnen der Hautpartien, die dann hyperalgetisch erscheinen. Eine derartige Hyperalgesie bestand auch im vorliegenden Fall und entsprach ganz der von Head für den Magen angegebenen spinalen Sensibilitäts-Topographie der Haut. Die Magenerkrankung war also der Ausgangspunkt für die Hautsensibilisierung, d. h. deren größere Bereitschaft für die individuelle Reaktionsart in Gestalt des Ekzems. Ergänzend sei hinzugefügt, daß der Pat. durch Nervenberuhigungsmittel sich erholte. Der Schlaf nahm täglich zu, der Appetit kam wieder, die innere Unruhe schwand unter ausgedehnten Liegekuren, und bald waren die Magenbeschwerden nicht mehr vorhanden. Gleichzeitig war ein Rückgang der Hauterscheinungen festzustellen. Die Besserung trat also in verhältnismäßig kurzer Zeit ein und stimmte zeitlich mit dem Rückgang der Magenerscheinungen vollkommen überein. Infolgedessen wird man auch wegen des therapeutischen Erfolges dazu neigen, Ekzem und Magenerkrankung in Verbindung zu bringen, wobei der Magen den Angriffspunkt für die nervöse Anlage des Pat. darstellt. Es handelt sich hier um eine Unfallneurose mit besonderer Organbeziehung zum Magen, die indirekt zum Auftreten eines Ekzems geführt hat.

Es besteht kein Zweifel, daß ein Unfall vorliegt; denn es handelt sich um eine plötzliche Schädigung, die der Pat. während der Arbeit erlitten hat, und aus der Beantwortung der ersten beiden Fragen ergibt sich zwanglos die Tatsache, daß das Ekzem in diesem Falle als Unfallfolge aufzufassen ist.

Literatur.

1. Brill und Thiel, Ergebnisse von experimentellen Untersuchungen des vegetativen Nervensystems unter besonderer Berücksichtigung der Hautkrankheiten und der Pupille. Klin. W., 1925, Bd. 7, S. 332. — 2. Kaufmann, Handbuch der Unfallmedizin. Verlag Ferd. Enke, 1919. — 3. Pozze, Gaz. médic. de Paris, 14. Okt. 1883. — 4. Sahli, Lehrbuch der klin. Untersuchungsmethoden. Verlag Franz Deuticke, Leipzig und Wien. — 5. Teske, Monatsschrift für Unfallheilkunde, 1905, S. 234.

Digitized by Google

Aus der Chirurgischen Klinik und Poliklinik (Leiter: Geh.-Rat Prof. Bier) in Berlin.

Über ein Angiokeratom der Zunge.

Von

Dr. W. Richter.

Mit 3 Abbildungen im Text.

Mibelli beschrieb als erster ein Krankheitsbild, das er Angiokeratom benannte. An Hand- und Fußrücken finden sich zahlreiche kleine stecknadelkopf- bis linsengroße, zum Teil noch größere Knötchen. Blutextravasate mit gräulich-violetter Verfärbung, etwas verhornter Oberfläche. Bei diaskopischer Untersuchung zeigen sich Blutflecke. Von anderen Autoren wie Leredde und Pautrier, Dubreuilh, Andersow, Pontrick und Joseph sind Lokalisationen an anderen Körperstellen, am Skrotum, an den palmae und plantae usw. beschrieben.

Abb. 1.

Wir haben ein Angiokeratom der Zunge beobachtet, über das wir berichten wollen (Abb. 1).

Käthe U. Anamnese: Vater an Nierenleiden gestorben. Mutter herzleidend, eine Schwester hat Lungenspitzenkatarrh; die übrigen acht Geschwister sind vollkommen gesund. Als Kind Diphtherie. Erste Menses mit 17 Jahren, immer regelmäßig, ohne Beschwerden. Pat. ist verheiratet und hat ein gesundes Kind.

Pat. bemerkte zuerst mit zwölf Jahren ein kleinhaselnußgroßes, rotes, hartes Geschwür, links an der Zungenspitze, das ihr beim Essen und Sprechen starke Schmerzen bereitete. Der Arzt, zu dem die Pat. damals ging, pinselte das Geschwür. Darauf trat Besserung ein; es wurde kleiner, und die Rötung und Schmerzen verschwanden. Nur eine erbsengroße Geschwulst blieb.

Mit 17 Jahren traten kurz vor der Menstruation von neuem Schmerzen, Schwellung und Rötung auf. Der Arzt pinselte wieder und daraufhin und mit eintretender Menstruation trat Besserung ein.

Mit 21 Jahren Wiederholung unter denselben Krankheits- und Besserungserscheinungen. Nach jedem derartigen Anfall blieb aber die bleibende Geschwulst immer größer.

Vor drei Wochen wieder Schwellung, Rötung, Schmerz. Der Arzt schickte die Pat. zum Facharzt für Hals, Nase und Ohr, der angeblich eine Einspritzung machte. Darauf wurde die Geschwulst dicker, nahm die Größe einer Walnuß an und machte der Pat. stärkste Schmerzen. Pat. pinselte mit Myrrhentinktur, worauf die Schmerzen nachließen.

Digitized by Google

Befund: Kleine, blasse Frau im mittleren Ernährungszustande. Herz und Lunge o. B. An der linken Zungenseite ein kleinwalnußgroßer, bläulich verfärbter Tumor mit unregelmäßiger, warzenähnlicher Oberfläche; am Rande vereinzelte kleine, stecknadel-

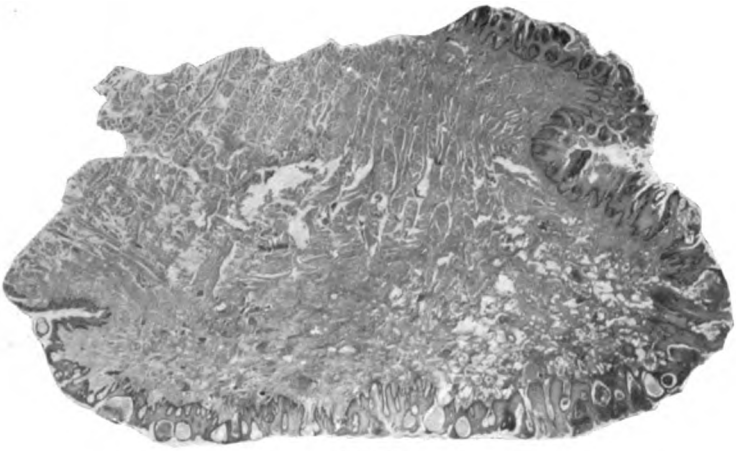


Abb. 2.

Abb. 3.

kopf- bis linsengroße, bläulich verfärbte Knötchen mit etwas verhornter Oberfläche. Auf diaskopischen Druck finden wir Blutungen in der Tiefe. Zungengrund ist gut beweglich, keine Drüsen. Therapie: Exzision.

Die histologische Untersuchung ergibt starke Erweiterung der Gefäße in der Papillarschicht, übergreifend bis in das Stratum Malpighi, Auflockerung desselben, leichte Verhornung (siehe histologisches Präparat).

Digitized by Google

Syphilis im 11. Jahrhundert.

Von

Dr. Philipp Hildebrand in Duisburg.

Daß in der Frage der europäischen vorkolumbischen Syphilis noch manches Material aus der mittelalterlichen, und zwar aus der nicht rein fachwissenschaftlichen Literatur beigebracht werden kann, ist für den Eingeweihten schon lange klar. So habe ich in Nr. 31 der M. m. W. 1924 auf den um die Mitte des 11. Jahrhunderts lebenden, wenig bekannt gewordenen Kleriker und Arzt Sextus Amarcius als ältesten Gewährsmann für die Existenz der Lustseuche im frühen Mittelalter hingewiesen.

Unser Autor, der höchstwahrscheinlich aus Südfrankreich oder vielmehr aus dem lebensfrohen, von jeher dem Scherz und der Satire ergebenen Burgund stammte und nach seiner Verbannung aus der Heimat in Deutschland als Geistlicher eine Zufluchtsstätte gefunden hatte, hat uns in seinen in lateinischen Hexametern verfaßten, kulturhistorisch sehr wertvollen „Sermones" einen interessanten satirischen Sittenspiegel seiner Zeit geschenkt. Als Zeitgenosse und Verehrer Kaiser Heinrichs III. (1039—1056) (Sermon. Lib. III, 141—150) war er Anhänger der kirchlichen Reformbewegung, die von dem Kloster Cluny bei Macon in Burgund ausgegangen war. Mit außerordentlichem Freimut und scharfem Sarkasmus geißelt er die damalige sittliche Entartung, kein Wunder, wenn wir daher bei dem medizinisch gebildeten Schriftsteller auch jene dämonische, am Marke der Menschheit zehrende Krankheit erwähnt finden, die durch unreinen Geschlechtsverkehr so leicht übertragen wird.

Da von amerikanistischer Seite gegen meine Deutung der Krankheitssymptome Bedenken erhoben wurden, möchte ich die seinerzeit besprochene Stelle etwas ausführlicher im Zusammenhang beleuchten, zumal durch eine inzwischen von mir neu aufgefundene aus demselben Autor meine Auffassung wesentlich gestützt wird.

Was die Sprache des Sextus Amarcius anbelangt, so ist dieselbe stellenweise sehr dunkel, ähnlich wie die des römischen Satirikers Persius, die uns oft zwingt, zwischen den Zeilen zu lesen, wenn wir das Richtige finden wollen.

Die auf die konstitutionelle Syphilis in unverblümter Weise anspielende Hauptszene findet sich Sermon. Lib. I, 407—423, Edition Manitius, Teubner, Leipzig 1888, S. 15 u. 16:

Alterius molles perturbat harundine Erinis
Auriculas resona, tenui volat illa susurro
Diffinditque cito cerebrum vitale volatu
Ocior ac tigris rapidis agitata molosis;
Nec tamen pernici quassatur machina choro.
Tum sese in sponda vovet ut lasciva puella
. . . . . .
„Vellem ori dulcis blandiretur cibus, aures
Mulcerent moduli, brevis hic quia mansio nobis.

Digitized by Google

„Ve mihi“ cur dicam, si morbo non agitur, si
Turgentes papulae, si torquens pleurisis absit?
Non talis mihi mens. puer, o puer ales adesto,
Scin aliquem liricum, dic, aut gnavum chitaristam
Aut qui quassa cavo concordet tympana plectro?
Scito quidem, si non mulcebit Lidius aures
Has — sed curre, ardet mea mens in amore canendi
Ut torrela foco vel aduncа cremacula igni.“

Die gefügigen Ohren eines anderen sucht eine Teufelin durch ihr Lautenspiel zu betören; mit leisem Summen rauschen die Töne dahin und bringen das Gehirn, den Sitz der Gedanken, rasch aus den Fugen, schneller als ein von rasenden Hunden getriebener Tiger. Nicht einmal ein ganzer Chor schlägt so hurtig seine Instrumente. Dann bietet sich die Buhldirne, ausgelassen wie sie ist, auf einem Ruhebette dar. . . . . Ich will, daß süße Speisen meinem Gaumen schmeicheln, anmutige Weisen meine Ohren umgaukeln, weil uns hier nur kurzer Aufenthalt ist. Warum soll ich „Weh mir“ sagen, wenn die Krankheit sie nicht plagt, wenn die strotzenden Papeln, wenn die bohrenden Seiten-(Knochen-)schmerzen bei ihr fehlen? Nein, weg mit solchen Gedanken! Amor, du geflügelter Knabe, sollst bei uns zugegen sein; kennst du nicht einen Sänger oder einen tüchtigen Lautenspieler oder einen Paukenschläger, der mit hohlem Plektrum sein Instrument meistert? Wisse fürwahr, wenn ein Sänger nicht diese Ohren bezaubert —, aber beeile dich, meine Seele glüht vor Sangeslust wie der Kienspan im Herd oder der Schürhaken im Feuer.

Zum Text bemerke ich, daß der Vers 413 in der Handschrift fehlt, wohl wegen seines stark obszönen Inhalts von dem geistlichen Abschreiber des Originalkodex ausgemerzt worden ist.

Betrachten wir den näheren Inhalt, so ergibt sich, daß wir den Besucher eines Bordells vor uns haben, der wohl zur nächtlichen Stunde in das Gemach einer Buhldirne tritt — der fromme Amarcius nennt sie Teufelin (Erinis). Sie sucht ihn zunächst durch Lautenspiel sich gefügig zu machen und bietet sich ihm alsdann dar. Er aber hat wegen der Ansteckungsgefahr zunächst Angst, sich ohne weiteres mit ihr einzulassen; erst als er sich anscheinend durch eine körperliche Untersuchung von der Grundlosigkeit seiner Bedenken überzeugt hat, schenkt er ihr Gehör. Wahrscheinlich handelt es sich um ein früheres Erlebnis des Amarcius selbst, dem, solange er noch im Laienstande weilte, nichts Menschliches ferngelegen haben mag.

In den auf die Lustseuche sich unmittelbar beziehenden Versen:

„Ve mihi“ cur dicam, si morbo non agitur, si
Turgentes papulae, si torquens pleurisis absit?

ist, wie wir sehen, von einem bestimmten morbus die Rede, der durch die Symptome turgentes papulae und torquens pleurisis näher erläutert wird. Was turgentes papulae bedeutet, ist ohne weiteres klar; es sind in erster Linie die nässenden Condylomata lata, erst in weiterem Sinne das großpapulöse Exanthem überhaupt, das, was später im Mittelalter als scabies grossa, variola grossa, grosse vérole bezeichnet wurde.

Digitized by Google

Torquens pleurisis gehört zu den dolores osteocopi, Rippen-, Seitenschmerzen, bei denen es sich wohl meist um Periosterkrankung mit Beteiligung der Pleura handelt. Ich glaube aber, daß Amarcius das Wort „pleurisis" aus metrischen Gründen per Synekdoche (pars pro toto) geradezu allgemein für Knochenschmerzen (dolores, cruciatus ossium) angewandt hat, wie sonst häufig die lateinischen Dichter beispielsweise puppis, carina, vela für navis, oder agri, arva für regio, oder viola, rosa, lilium für flores gebrauchen.

Der Dichter hebt somit die für das Sekundärstadium der Lues charakteristischen Symptome, das Exanthem und die qualvollen Knochenschmerzen, treffend hervor. Das Krankheitsbild noch weiter auszumalen, hatte er keine Veranlassung. Denn gerade die Aufgabe des Satirikers besteht darin, sich kurz und prägnant auszudrücken, d. h. mit wenigen Worten vieles zu sagen, und das vor allem ist Amarcius an unserer Stelle vorzüglich gelungen.

Meine Auffassung, daß wir es hier tatsächlich mit der Syphilis zu tun haben — ich wüßte nicht, welche andere Krankheit sonst ernstlich in Betracht käme — findet eine wesentliche Stütze in einer anderen Stelle unseres Autors, wo er geradezu von der Nasenlues der Bordellinsassinnen spricht, indem er das Treiben der jungen Scholaren brandmarkt, die statt die Kirchen die Hurenhäuser besuchen, unbekümmert um die großen leiblichen Gefahren, die ihnen dort drohen.

Die kulturhistorisch hochinteressante Stelle steht Sermon. Lib. I, 259—262:

> Vivere nunc discunt meritoria foeda scolares,
> Sanctarum fugiunt habitacula relliquiarum,
> Non turpis flatus, non illos polipus arcet,
> Non uncae nares, non dependentia labra.

Jetzt lernen die Scholaren die schauderhaften Bordelle besuchen, sie fliehen die Reliquienstätten der Heiligen. Kein abscheuliches Schnaufen, kein Polyp hält sie ab, keine Sattelnasen, keine herabhängenden Lippen.

Mit uncae nares, wörtlich übersetzt „die wie ein Haken einwärts gebogene Nase", kann im Lateinischen die syphilitische Sattelnase nicht treffender wiedergegeben werden.

Die letzte Stelle ist auch wichtig für die Deutung jener schweren Nasenzerstörung eines Hurenkindes (Spurius) als Erblues, die der im 12. Jahrhundert lebende französische Humanist Wilhelm von Blois in seiner Komödie „Alda" so meisterhaft geschildert hat (siehe Guilelmi Blesensis Aldae comoedia, edidit Carolus Lohmeyer, Teubner, Leipzig 1892, versus 175—180), worüber ich an anderer Stelle ausführlich gehandelt habe („Beschreibung eines Falles von Syphilis congenita durch einen französischen Humanisten des 12. Jahrhunderts" in Nr. 41 der Mediz. Klinik 1924).

Sextus Amarcius erscheint somit bisher als der wichtigste Zeuge für die frühmittelalterliche Existenz der Syphilis. Durch ihn wird nicht nur die amerikanistische Theorie widerlegt, sondern auch die Annahme, daß die Kreuzfahrer die Lues in Europa eingeschleppt haben.

Digitized by Google

Literatur.

1. SEXTI AMARCII, Galli Piosistrati: Sermonum libri IV e codice Dresdensi A 167a nunc primum edidit Maximilianus Manitius. Lipsiae, in aedibus B. G. Teubneri 1888. — 2. KARL SUDHOFF, Über den Ursprung der Syphilis. Vortrag, Leipzig 1913. — 3. GASTON VORBERG, Über den Ursprung der Syphilis. Quellengeschichtliche Untersuchungen. Stuttgart 1924. — 4. PHILIPP HILDEBRAND, Zur Geschichte der Syphilis. M. m. W. 1924, Nr. 31. — 5. PHILIPP HILDEBRAND, Beschreibung eines Falles von Syphilis congenita durch einen französischen Humanisten des 12. Jahrsunderts. M. Kl. 1924, Nr. 41. — 6. IWAN BLOCH, Über den Ursprung der Syphilis. 2 Abteilungen. Jena 1901—1911. — 7. Lehrbuch der Haut- und Geschlechtskrankheiten. Herausg. von ERHARD RIECKE. 5. Aufl. Jena 1920.

Aus dem Pharmakognostischen Institut der Wiener Universität (Prof. Dr. R. WASICKY) und dem Ambulatorium für Haut- und Geschlechtskrankheiten des Verbandes der Genossenschaftskrankenkassen Wiens (Doz. Dr. A. PERUTZ).

Experimentelle Untersuchungen über die Wirkung der Radix Sarsaparillae[1]).

Von

ALFRED PERUTZ.

Die Urteile, die sowohl von klinischer als auch von theoretischer Seite über den Wert der Sarsaparillawurzel gefällt wurden, sind derart widerspruchsvoll, daß KOBERT im Jahre 1912 den Vorschlag machte, die Sarsaparillafrage auf einen Dermatologenkongreß auf die Tagesordnung zu setzen.

Bekanntlich wurde die Sarsaparilla namentlich in früheren Zeiten als wichtiges Mittel bei der Behandlung der Lues herangezogen. Die Spanier fanden sie bei den Eingeborenen von Süd- und Mittelamerika in Gebrauch. Sie bürgerte sich in Europa rasch ein, denn sie wird schon in den Schriften aus dem 16. Jahrhundert erwähnt und als Antisyphilitikum warm empfohlen. So war sie auch ein Spezialartikel der FUGGER in Augsburg. Sie wurde hauptsächlich in Form von anfangs geheim gehaltenen Zubereitungen, deren bekannteste und in der Folge am meisten angewendete das Decoctum ZITTMANNI ist, verwendet. Wie umfangreich ihr Gebrauch noch unmittelbar vor dem Kriege war, geht aus einer Berechnung KOBERTS hervor, der angibt, daß die alljährlich für den Import der Sarsaparilla aus ihrer Heimat in die Kulturländer ausgegebene Summe sich auf weit über 50 Millonen Mark beläuft.

FINGER empfiehlt noch 1913 das Decoctum ZITTMANNI überall dort anzuwenden, „wo eine besondere Anregung des Stoffwechsels indiziert ist, also auch bei nicht ulzerösen, schweren Syphilisformen, die sich bei torpiden und kachektischen Individuen entwickeln".

Heute wird bei uns die Sarsaparilla kaum mehr verwendet. Der Grund hierfür liegt darin, daß diese Droge durch die organischen Quecksilberverbindungen, Salvarsan und andere Mittel, verdrängt wurde. Nicht

---

[1]) Vortrag, gehalten in der 88. Versammlung deutscher Naturforscher und Ärzte, Innsbruck, 25. September 1924.

Digitized by Google

zuletzt aber in Bedenken, welche von theoretischer Seite erhoben wurden. So sagt CUSHNY: „Alle Drogen der Saponingruppe (wozu ja bekanntlich die Sarsaparillawurzel gehört) sind für den Arzneischatz ganz und gar überflüssig." Zur Begründung des ablehnenden Standpunktes wurde ins Treffen geführt, daß vom Magendarmtrakt aus keine Resorption erfolgt.

Gemeinsam mit KOFFLER und LASCH ging ich nun daran, die Wirkung der Sarsaparillawurzel zu untersuchen. Die grundlegende Frage, die zunächst geklärt werden mußte, war die, ob innerlich verabreichtes Sarsaparilla überhaupt resorbiert wird.

Die Sarsaparillawurzel enthält mehrere Saponine. Bekanntlich faßt man unter dem Namen „Saponine" eine Gruppe pflanzlicher Stoffe zusammen, die sich durch eine Reihe gemeinsamer Eigenschaften auszeichnen. Es sind glykosidische Substanzen, deren wäßrige Lösungen beim Schütteln, wie schon der Name andeutet, stark schäumen. Sie wirken schon in starker Verdünnung hämolytisch, haben einen kratzenden Geschmack, sind in großen Gaben brechenerregend und wirken in kleinen Dosen anregend auf die Speichelsekretion. Einzelne Saponindrogen, wie z. B. die Radix Senegae und Radix Primulae werden als Expektorantien verwendet, andere, wie z. B. die Herba herniariae und die Radix Ononidis wurden als Diuretika gebraucht, während die Radix Sarsaparillae das bekannteste Antisyphilitikum von den Saponindrogen ist.

Die nächstliegende Möglichkeit, die Frage, ob Saponindrogen nach innerlicher Verabreichung resorbiert werden, zu klären, besteht in der Untersuchung des Harnes auf Saponin. Während nun manche Autoren im Harn von Tieren und auch von Menschen nach innerlicher Verabreichung von Saponinen diese oder ihre Abbauprodukte nachweisen konnten, erhielten andere Untersucher, auch nach großen Dosen negative Harnbefunde. FIEGER, FRIEBOES und andere Schüler KOBERTS wiesen im Harn Saponine nach. GAISBOECK, ferner KOFLER, KOLLERT und HAUPTMANN kamen dagegen zu negativen Resultaten, auch wenn sie große Mengen eingaben. Aber aus den negativen Harnbefunden zu schließen, daß die Saponine aus der Magendarmwand nicht aufgenommen würden, wäre zu weitgehend.

Wir trachteten vielmehr die Frage anders zu fassen. Es wurde zunächst das Blut auf Saponine untersucht. Leider zeigten nun schon wenige Vorversuche, in denen dem Serum künstlich Saponin zugesetzt wurde, daß für den Nachweis im Blut ein sehr hoher Saponinzusatz erforderlich ist, wie er in Wirklichkeit niemals vorkommt.

Wir griffen daher auf die Beobachtung von KOFLER, KOLLERT und SUSSANI zurück, die fanden, daß intravenöse Injektionen von Primulasäure, dem Saponin der Primulawurzel, eine Erhöhung des Cholesterinspiegels im Serum bewirkt, was sich mit den Untersuchungen von LASCH deckt.

Da aus diesen Untersuchungen hervorgeht, daß bei Kaninchen, Hunden und Menschen schon ganz geringe Mengen (einige Milligramme) Saponin, in die Blutbahn gebracht, genügen, um eine Erhöhung des Cholesterinspiegels zu bewirken, zogen wir dieses Verfahren zum Nachweis der eventuellen Saponinresorption heran. Wenn wir also nach innerlicher Verabreichung von Sarsaparilla eine Steigerung der Cholesterinwerte des Serums mit großer Regelmäßigkeit feststellen können, so ist der Schluß

Digitized by Google

gerechtfertigt, daß die Sarsaparilla respektive deren Saponine resorbiert werden.

Allerdings könnten noch andere Hypothesen zur Erklärung der Cholesterinvermehrung herangezogen werden: wir sind leider weder über die Chemie noch über die Physiologie der Saponine genügend unterrichtet; es wäre sehr gut möglich, daß die Saponine, auch ohne ins Blut zu gelangen, auf dem Wege über physikalische, durch sie hervorrufene Zustandsänderungen Wirkungen in verschiedenen Teilen des Körpers äußern, ohne daß sie selbst über den Magendarmkanal hinaus gelangen müssen. Es sei an den alten Schulversuch erinnert, bei welchem eine sonst nicht stattfindende Filtration von Kohleemulsion durch Zusatz von Saponin ermöglicht wird, ein Versuch, der in modernem Gewande von Brinkmann und Szent-Gyoergyi mit Digitonin und Hämoglobin vor kurzem wiederholt wurde. Hierbei passierte Hämoglobin ein Kollodiumfilter bei Saponinzusatz, während ohne dieses Hämoglobin durch das Kollodiumfilter nicht hindurchging. Prinzipiell wäre denkbar, daß unter dem Einfluß von Saponin im Magendarmkanal Änderungen in der Resorption stattfinden, wobei es zu Stoffwechselveränderungen kommen kann, die für die Sarsaparilla resp. für Saponine gefunden werden können.

Wir verabreichten nun 4—5 Tage hindurch je 50 g Sarsaparillawurzel in Form eines eingeengten wäßrigen Auszuges. Als Versuchspersonen kamen Luetiker, meist mit sekundären oder tertiären Erscheinungen in Betracht. Von neun untersuchten Fällen zeigten fünf, nach der Methode von Authenrieth und Funk untersucht, eine Vermehrung des Serumcholesterins um 25—70%; vier Fälle blieben unbeeinflußt, und zwar war in drei dieser Fälle der Cholesteringehalt vor Verabreichung der Droge ein sehr hoher, der vierte Fall betraf einen Kranken mit einer frischen noch seronegativen Initialsklerose. Wir behalten uns vor, bei der ausführlichen Publikation die genauen zahlenmäßigen Angaben zu bringen.

Durch diese Versuche ist es bewiesen, daß unter dem Einfluß der Sarsaparillamedikation eingreifendere Stoffwechselveränderungen stattfinden, wie sie die Zunahme des Cholesterins im Serum beweist, daß tatsächlich Saponin resorbiert wird und daß dieses Saponin im Organismus Wirkungen hervorruft, deren auffälligste für uns bis jetzt die Vermehrung des Serumcholesterins ist.

Ähnlich sind die Versuche von Bayer und Gaisboeck zu werten, die gerade vor einigen Tagen veröffentlicht wurden. Diese beiden Autoren haben bei Kaninchen gefunden, daß nach intravenösen Injektionen von Saponin Erythroblasten auftreten. Bei interner Verabreichung traten sie nicht auf. Wurde die Magenschleimhaut durch Jalappa geschädigt, so traten auch nach interner Einverleibung von Saponin kernhaltige rote Blutkörperchen auf. Der Beweis, daß wirklich Saponin ins Blut eingetreten ist, ist ebenso wahrscheinlich wie für unsere Fälle. Übrigens ist hierbei zu beachten, daß diese Versuche nur an Kaninchen durchgeführt wurden, während sich Karnivoren, Hund und Katze, anders verhalten. Beide sind Saponinen gegenüber viel empfindlicher, wie Versuche von Koffler und Kollert ergaben. Es sei hier noch erwähnt, daß Lasch schon seit langer Zeit das Blutbild sowohl von chemischer als auch von zytologischer Seite beobachtet und demnächst darüber berichten wird.

Digitized by Google

Über die Bedeutung der Hypercholesterinämie bei Lues klären uns Versuche auf, die Röhmann, Pighini, Klein und Dinkin, in letzter Zeit M. Rothenberger-Nathan, und jüngst Bresciani auf Anregung Kyrles an der Fingerschen Klinik in Wien anstellte. Nach Grigaut spielt das Cholesterin bei den Immunitätsvorgängen eine wichtige Rolle. Dieser Autor schreibt ihm eine antitoxische Funktion zu.

Nun untersuchte Bresciani den Einfluß der antiluetischen Behandlung auf die Schwankungen des Cholesterinspiegels im Blute. Während Luetiker im primären, sekundären und tertiären Stadium entweder Normalwerte oder eine Hypocholesterinämie zeigten, änderte sich nach Behandlung mit Quecksilber, Neosalvarsan, Mirion oder Trepol das Blutbild dahin, daß eine Hypercholesterinämie auftrat.

Die beträchtliche Vermehrung der Cholesterinwerte im Serum, die bei unseren Fällen schon nach kurz dauernder oraler Einverleibung der saponinhaltigen Sarsaparilla erfolgte, gestatten wohl zwei Schlüsse: einerseits, daß entgegen der bisher bestehenden Meinung Sarsaparilla resp. deren Saponine vom Magendarmtrakt aus zur Wirkung gelangen, als dessen sichtbarer Ausdruck die Hypercholesterinämie ist, andererseits, daß eben diese Hypercholesterinämie möglicherweise der Ausdruck eines therapeutischen Effektes der Sarsaparilla ist, ähnlich dem, der von Bresciani bei den anderen Antisyphilitizis gefunden wurde.

Ob die Sarsaparilla eine antiluetische Heilwirkung wie Quecksilber, Salvarsan oder Wismut entfaltet, kann nur durch ausgedehnte klinische Versuche entschieden werden. Es dürfte kaum anzunehmen sein, daß sie ein ätiotropes Antiluetikum darstellt; wohl aber dürfte seine von den Klinikern festgestellte Wirkung darauf zurückzuführen sein, daß dieses alte Mittel im Sinne einer „oralen Reiztherapie," wie sie Prinz für die Methylenblau- oder Yatrentherapie annimmt, oder im Sinne einer „Fernwirkung", wie dies Froehlich und Wasicky 1921 festgelegten, die ihm zugeschriebene Heilwirkung enfaltet. Dies stimmt mit den eingangs erwähnten Angaben Fingers überein, daß das Decoctum Zittmanni „im weitesten Sinn des Wortes ein Roborans ist," das alle Ulzerationen, „mögen sie syphilitischer, lupöser oder skrophulöser Natur sein, heilt".

Vielleicht wäre es allerdings günstiger, die Sarsaparillasaponine statt per os intravenös zu applizieren, weil man dadurch von Zufälligkeiten, wie unexakte Dosierung, Resorption usw., unabhängig ist. Über diesbezügliche Versuche soll demnächst berichtet werden.

Aus der Klinik für Haut- und Geschlechtskrankheiten in Brünn (Vorstand: Prof. Dr. A. Tréb).

Zur Stovarsolfrage.

Von

Dr. Paul Beutl, Assistent der Klinik.

Im Jahre 1921 wurden von Levaditi zwei neue Wege in der Syphilistherapie angegeben. Die Anwendung von Wismut zur spezifischen Injektionstherapie und der Vorschlag zur peroralen Verwendung der Azetyloxyaminophenylarsinsäure (Stovarsol) zu Präventiv- und Heilzwecken.

Digitized by Google

Während sich die Wismuttherapie auf raschem Siegeszug überall durchgesetzt hat — die Literatur darüber ist heute schon unübersehbar groß —, liest man nur wenig über das Stovarsol, und die Ansichten über diese neue Methode sind ziemlich widersprechend.

Den experimentellen Beweis für den prophylaktischen Wert des Stovarsols erbrachte eigentlich bis jetzt bloß Levaditi und seine Mitarbeiter, und dies sowohl an Kaninchen als auch an zwei sich freiwillig meldenden jungen Männern. In keinem Falle ist die Inokulation des luetischen Virus angegangen — weder bei Mensch, noch bei Tier —, obzwar beiden Leuten das Stovarsol (2 g) im ersten Falle $2^1/_2$ Stunden, im zweiten 5 Stunden nach der Inokulation dargereicht wurde. Die zur Kontrolle geimpften Tiere erkrankten in jedem Falle. Desgleichen wurde die Infektion bei 10 Frauen hintangehalten, welche mit mit ihren Ehegatten, die mit manifester Lues des äußeren Genitales behaftet waren, geschlechtlich verkehrten und die während dieser Zeit (10—16 Tage) Stovarsol einnahmen.

Die klinisch-therapeutischen Angaben wurden schon von anderen Autoren überprüft (u. a. Oppenheim, Pinkus, Gruss, Weitgasser, Jadassohn) und auf der 88. Versammlung der Naturforscher und Ärzte der Kritik unterworfen. Ein Teil der Autoren beruft sich auf die schlechten Erfahrungen, die Ehrlich mit den Injektionen von Azetyloxyaminophenylarsinsäure schon lange vor Levaditi gemacht hat und verwirft daher das Stovarsol überhaupt in Anbetracht der hier und da auftretenden Nebenerscheinungen (toxisches Exanthem, Albuminurie, Enteritis, Fieber) sowie der einzelnen Mißerfolge und hier und da sogar des völligen Versagens der Wirkung. Andere waren mit den Erfolgen der Stovarsoltherapie wie in bezug auf das Verschwinden der manifesten Hautsymptome, so auch auf das Verschwinden der Spir. pall. und den Ausfall der Seroreaktion zufrieden.

Es wird daher nicht unangebracht sein, wenn auch wir ganz kurz unsere Erfahrungen bekannt geben.

Wir wählten zu unseren Beobachtungen Kranke, die bislang anderweitig nicht behandelt wurden. Bei 7 Sklerosen — durchweg seropositiv — waren wir in 2 Fällen genötigt, die Stovarsolkur zu unterbrechen:

J. S. Sklerosis seropositiv. Spir. pall. auch nach 6 Tagen (5,0 g Stovarsol) zahlreich auffindbar. Der Zustand der Sklerose ist im allgemeinen unverändert. Fortsetzung mit Spirobismolinjektionen: 24 Stunden nach der ersten Injektion Spirochätenbefund negativ, nach der zweiten Injektion beginnt die Epithelisierung der Sklerose.

J. P. Sklerosis seropositiv. Nach 22 Tagen (22 g Stovarsol) unverändert, nach 2 Trepolinjektionen rasches Epithelisieren des Primäraffektes.

Die übrigen 4 Sklerosen zeigten schon in den ersten Tagen Heilungsresultate. Nach 2—3 Tagen waren keine Spirochäten mehr auffindbar. Zweimal haben wir das Stovarsol bei bisher unbehandelter L. gummosa verwendet.

F. H., 51 Jahre, L. gum. cutis. Infektionsdatum unbekannt. BWR: +++. Nach 20 g Stovarsol mit braun pigmentierten Narben geheilt. Nach 1, 2 und 4 Monaten bei gleichem Lokalbefund stets BWR: +++.

L. Z., 12 Jahre, Periostitis luet. Tabes incip.? BWR: +++. 10 g Stovarsol. Nach 2 Monaten ist der Befund und die Serumreaktion unverändert.

In diesen 2 Fällen hätte ja schließlich nicht einmal die radikalste Salvarsan-Trepolkur in einem Turnus die Serumreaktion geändert, da es

Digitized by Google

sich einerseits um einen Patienten höheren Alters und laut Anamnese wahrscheinlich lange zurückliegender Infektion, andererseits um ein Kind, das seine Lues seit dem zartesten Kindesalter oder gar kongenital besitzt, handelt.

Bei den übrigen Patienten, soweit sie sich zur Kontrolle einstellten, war ein Einfluß auf die Serumreaktion bemerkbar:

J. N., Sklerosis. BWR: +, nach 16,5 g Stovarsol +++, nach 3 Monaten negativ, nach 9 Monaten +++.

K. N., Sklerosis, L. mac. pap. BWR: +++. 24,75 g Stovarsol, nach 2 Monaten negativ.

L. L., Sklerosis. BWR: +. Nach 8,5 g Stovarsol: +++ (im ganzen erhielt er 23 g), nach 2 Monaten negativ, nach weiteren 4 Monaten ++.

V. V., L. cond. BWR: ++. 25 g Stovarsol, BWR nach 2 Monaten negativ, erhielt weitere 13 g Stovarsol.

R. B., Sklerosis, L. cond. BWR: +++, nach 25 g Stovarsol BWR +, nach 9 Monaten Papulae seborrh. BWR: +++.

Wir reichten das Stovarsol früh auf nüchternen Magen dar, und zwar 4 Tabletten à 25 g; nur den ersten Tag der Applikation gaben wir die halbe Dosis. Bei dem angeführten 12jährigen Kind begannen wir mit einer halben Tablette und stiegen bis zu $1^1/_2$ Tabletten täglich an. Wir ließen die Tabletten täglich einnehmen — also ohne die vorgeschlagene Unterbrechung — bis zur angeführten Menge von 16—25 g.

Auch unsere Patienten haben das Präparat gut vertragen. Toxische Exantheme, Magenbeschwerden oder Durchfälle wurden bei uns nicht beobachtet, desgleichen kein Temperaturanstieg. Der Allgemeinzustand der Patienten litt nicht, im Gegenteil, er besserte sich. Der Harn wurde vor und nach dem Kurse kontrolliert, Albuminurie haben wir nie beobachtet. Daß man dem Patienten — gleichwie beim Salvarsan — vor und während der Behandlung erhöhte Aufmerksamkeit widmen muß, lehrt der von Tršb in seiner Praxis beobachtete Fall, wo ein bereits seit Jahren an unspezifischer leichter Albuminurie leidender Patient nach dem Einnehmen einer einzigen Stovarsoltablette an akuter hämorrhagischer Nephritis erkrankte.

Zusammenfassend können wir das Stovarsol per os verordnen entweder im Sinne Levaditis als Prophylaktikum oder auch therapeutisch. In dieser letzten Richtung käme Stovarsol in Betracht dort, wo wir ein stark spirochätotropes Arsenpräparat anwenden wollen, wo jedoch eine intravenöse Applikation von Salvarsan kontraindiziert ist, wie z. B. bei schwerem Herzfehler, Phthisis pulm. usw. In diesen Fällen müssen wir uns besonders genau von der intakten Nieren- und Leberfunktion überzeugen, denn im widrigen Falle ist auch Stovarsol streng kontraindiziert. Vielleicht wird im späten Latenzstadium der Lues die Azetyloxyaminophenylarsinsäure das Jodkalium ersetzen können, so wie das wenig wirksame Quecksilber durch Wismut etwas verdrängt wurde.

Jedoch können wir nicht genügend darauf aufmerksam machen, daß sich der Patient stets während der Behandlung dem Arzte zur Kontrolle (besonders Harnuntersuchung) vorstellen muß, da man nie wissen kann, wie der Organismus auf solche massige Dosen von Arsen, mit welchen wir den Körper imprägnieren, reagieren wird. In der internen Medizin verordnen wir Arsen in Pillen oder Tropfen in Milligrammdosen, während

Digitized by Google

wir hier bei der Applikation der 4 Stovarsoltabletten 0,2 g As pro dosi et die verordnen.

Die Erfahrungen über die Nebenerscheinungen sind bisher nicht derartige, daß man das Stovarsol dem weiten Kreis der Ärzteschaft ohne weiteres empfehlen könnte, und vorläufig muß man davor warnen, es allgemein zu verordnen oder ohne gründliche vorherige ärztliche Untersuchung als Prophylaktikum verwenden zu lassen.

Literatur.

Fournier, Guenot, Schwarz, Annales de l'Institut Pasteur, 1922, T. 36, A. — Levaditi, Navarro, Martin, ebendort, S. 46 und 729. — M. Oppenheim, W. kl. W., 1924, Nr. 12, S. 291 und Nr. 17, S. 422. — Derselbe, M. Kl., 1924, Nr. 36, S. 1242. — Gruss, W. kl. W., 1924, Nr. 13, S. 317. — Pinkus, M. Kl., 1924, Nr. 22, S. 742. — Jadassohn, Kl. W., 1924, Nr. 27. — Heymann, Zbl. f. i. M., 1924, Nr. 28. — Schuhmacher, Derm. W., 1924, Nr. 38/39. — Weitgasser, M. Kl., Nr. 28, S. 974. — Krössl, Oppenheim, Worms, Kolle, Gans, Eliassow, ref. in der Derm. W., 1924, S. 1618—1620 über die 88. Versammlung der Naturforscher und Ärzte in Innsbruck.

Aus der dermatologischen Abteilung des Städtischen Krankenhauses Altona (Leiter: Prof. Dr. Bruck).

Zur Pharmakologie und Toxikologie des Wismuts.

Von

J. G. Heckelmann.

(Schluß.)

Konjunktivitis, Balanitis, Meno- und Metrorrhagien, Arthralgie, Bismutielle Grippe.

Kurz möchte ich jetzt noch über einige seltene Nebenerscheinungen berichten. Von mehreren Forschern wurde wiederholt eine Reizung der Konjunktiven beobachtet, die sich als echte Konjunktivitis leichten oder mittleren Grades oder nur als Stechen in den Augen und Tränenfluß äußerte. Daß es sich hier um kein zufälliges Zusammentreffen handelt, beweist die Tatsache, daß die Erscheinungen jedesmal nach der Injektion sich wieder einstellen. Immer verschwand die Konjunktivitis sehr schnell wieder, ohne Folgen zu hinterlassen.

Schreus berichtet über 3 Fälle von Balanitis erosiva, von denen 1 Fall mit Trepol, 2 Fälle mit Bisan behandelt waren. Das Smegma war gelblich bis schwärzlich verfärbt. Schreus vermutet, daß diese Verfärbung durch zersetzten Bi-haltigen Urin bedingt war und mit dem Auftreten der Balanitis in Zusammenhang zu bringen ist.

Mehrfach wurde beobachtet, daß durch die Bi-Behandlung die Menses verstärkt wurden, ja sogar, daß Metrorhagien auftraten.

Über Schmerzen in den Gelenken berichten Gutmann und Goerl und Voigt. Gutmann über einen Fall, wo anschließend an intramuskuläre Nadisan-Injektionen Schmerzen in den Kiefergelenken und einen anderen Fall, wo in zahlreichen Gelenken Schmerzen auftraten. Goerl und Voigt über einen Fall, in dem nach der 2. Bismogenol-Injektion neben einem skarlatiniformen Exanthem in verschiedenen Gelenken Schmerzen mit Rötung und Schwellung der Haut auftraten.

Schließlich beobachteten Goerl und Voigt einen eigenartigen Fall, in dem es am 2. Tage nach einer Wismut- und Neosalvarsan-Injektion zu Schmerzen in der rechten Brustseite und Atemnot kam. Röntgenologisch wurden feine Schatten über beiden Lungen besonders rechts unten festgestellt. Nach Auffassung der Autoren handelt es sich um eine bismutielle Grippe, die vielleicht als Herxheimersche Reaktion aufzufassen ist.

Digitized by Google

Allgemeinerscheinungen.

Ohne daß besondere Organschädigungen anzunehmen wären, sehen wir zuweilen Allgemeinbeschwerden auftreten, wie Abgeschlagenheit, Appetitverlust, Schwere in den Gliedern, die aber keine zu hohen Grade annehmen und spätestens mit Ende der Kur wieder verschwinden. Regelmäßige Temperatursteigerungen wurden im Anfang der Bi-Ära beobachtet und waren wohl teilweise durch andere Faktoren bedingt, die noch jetzt gelegentlich auftretenden Temperatursteigerungen sind wohl fast immer als Herxheimersche Reaktion aufzufassen.

Das Körpergewicht scheint nicht wesentlich durch das Bi beeinflußt zu werden. die gelegentlich beobachteten Gewichtszunahmen sind sicher zum Teil auf den Krankenhausaufenthalt zurückzuführen. Die Frage, wie Gravide und Kachektische sich dem Bi gegenüber verhalten, ist noch nicht geklärt. Während einige Kliniker bessere Verträglichkeit als beim Hg annehmen, sind andere entgegengesetzter Meinung.

Zum Schluß möchte ich noch über 2 Fälle von Bi-Intoleranz berichten. In dem einen von Nagel behandelten Fall trat nach der 12. Injektion von Bismogenol eine Temperatursteigerung bis 40,3° mit Schüttelfrost, Schwindelgefühl und Kopfschmerzen auf. In kurzer Zeit bildete sich ein leichter (kurzer) Bi-Saum. 4 Tage darauf entstand in der Nacht ganz plötzlich eine starke elefantiastische Schwellung von Penis und Skrotum. Die Ödeme bildeten sich nur sehr langsam zurück. Der Urin blieb eiweißfrei. Nach 14tägigem Aussetzen erhielt der Pat. 3 weitere Injektionen, worauf es wieder zu Schüttelfrost und Fieber bis 39,9° kam. Im Urin wieder kein Albumen. Die elefantiastische Schwellung bestand unverändert. Die Kur wurde daher abgebrochen.

Von Magnus wurde ein Todesfall nach Bi-Injektion beobachtet. Ein sehr kräftiger, 20 Jahre alter, völlig gesunder Mann kam mit frischem, spirochätenhaltigem Primäraffekt in Behandlung. Er erhielt vom 1. XI. bis 19. XII. 8 intravenöse Neosalvarsanspritzen zu 0,6 g; am 23. XII. 1 ccm Kalomel-Dispert; vom 28. XII. bis 11. I. sechsmal 1 ccm Wismulen (zu 0,04 Bi) intravenös. Bisher waren nicht die geringsten Beschwerden aufgetreten. Nach einer Pause von 11 Tagen erhielt er wieder 1 ccm Wismulen. Unmittelbar nach der Injektion stürzte der Pat. zusammen. Es treten unter Aussetzen von Puls und Atmung Krämpfe in Armen und Beinen auf, die unter leichtem Brechreiz etwa 1 Min. lang anhalten. Ätherspritze und sofort eingeleitete künstliche Atmung, die das Freisein der Luftwege bewies, mit Zuhilfenahme des Sauerstoffapparates hatten keinen Erfolg, trotzdem wurden sie 2 Std. bis zum allmählichen Erkalten des Körpers fortgesetzt. Die gerichtliche, sehr genaue Obduktion zeigte weder an der Einstichstelle, noch an Herz oder Gehirn irgend welche Gerinselbildung und auch sonst durchaus normalen Befund sämtlicher Organe. Auch die mikroskopische Untersuchung von Schilddrüse, Thymus, Epithelkörperchen, Nebenniere und Hypophyse ergab keine pathologischen oder hyperplastischen Veränderungen, die sich im Sinne eines Thymustodes deuten ließen. Der Fall wird teils als kolloidklasischer Choktod oder als Vaguslähmung gedeutet. Auch ist eine Embolie trotz negativen Befundes nicht ausgeschlossen. Jedenfalls ist es kaum anzunehmen, daß das Bi an sich die Todesursache war.

Zusammenfassung.

Die Toxizität des Wismuts ist abhängig von Löslichkeit der Verbindung, Struktur des Moleküls, Eiweißbindungsvermögen, der Größe des Annions der Verbindung, Konzentration, Intervall zwischen den Injektionen, Art der Applikation und von Tierart und Individuum.

Die Resorption geht am schnellsten vor sich bei wasserlöslichen Verbindungen, ohne Unterschied, ob sie in gelöster Form oder in Ölemulsion injiziert werden, es folgen die lipoidlöslichen, dann die unlöslichen Verbindungen und metallisches Bi.

Das Wismut wird durch Serum und Blutkörperchen im Körper verteilt. Es läßt sich nach Zufuhr größerer Mengen in allen Organen nachweisen. Die Hauptmenge wird in Leber, Niere und Darm, relativ große Mengen werden im Gehirn gefunden.

Die Ausscheidung erfolgt hauptsächlich im Urin, weniger im Kot und allen übrigen Se- und Exkreten. Bei intravenöser Injektion beginnt die Ausscheidung nach etwa 2 Std. und hält etwa 30 Tage an, bei intramuskulärer Injektion erreicht die Ausscheidung ihr Maximum erst nach Tagen und hält eventuell monatelang an. Nachdem es zunächst zu einer Speicherung kommt, wird das Wismut vollkommen ausgeschieden, falls die Leistungsfähigkeit der Niere nicht überschritten wird. Im Darm wird das

Digitized by Google

Wismut als Bi-Indoxylsulfat ausgeschieden, daß durch H_2S in Wismutsulfid verwandelt wird.

Als Nebenerscheinungen können auftreten:

Lokal: Schmerzen und Infiltratbildung bei intramuskulärer Injektion besonders bei wasserlöslichen Präparaten. Später kommt es zu Schwielenbildung. Bei Injektionen in eine Arterie kann Embolie und Thrombose auftreten, die später zu Nekrose der Haut führen kann.

Von seiten der Mundhöhle: Wismutsaum und Flecke, Gingivitis, Stomatitis, entstehend durch Schädigungen der Kapillaren und Zersetzungsvorgänge. Die Gingivitis und Stomatitis können zur partiellen Nekrose der Kiefer führen.

Magen-Darmtraktus: Klinisch, alle Arten von Verdauungsstörungen. Pathologisch-anatomisch, Verfärbung der Schleimhaut, Injektion der Gefäße und Ulzera. Hauptsächlich ist der Dickdarm beteiligt.

Niere: Klinisch, Epithelurie, Zylindrurie, Albuminurie. Die pathologisch-anatomische Grundlage ist eine Nephropathia bismutica, lokalisiert im Tubularapparat. Die Prognose ist gut.

Leberschädigungen zeigen sich klinisch als Ikterus, Leberschwellung mit Urobilinogenurie und hämorrhagische Diathese. Pathologisch-anatomisch Speicherung von Bi hauptsächlich in den Kupfferschen Sternzellen und Degenerationserscheinungen der Leberzellen. Prognose gut.

Hämathopoetischer Apparat: Klinisch fällt häufig Anämie auf. Es handelt sich um Verminderung der Erythrozythen und des Hämoglobins, Vermehrung der weißen Blutkörperchen, verursacht einerseits durch Schädigung der Erythrozythen, andererseits durch Reiz auf das myeloische Gewebe.

Zentralnervensystem: Zunächst Reiz- dann Lähmungserscheinungen. Bei chronischer Vergiftung hauptsächlich Kopfschmerz, Erbrechen und Unlustgefühle. An den peripheren Nerven Neuralgie.

Haut: Die Erscheinungen sind seltener und gutartiger als bei Salvarsan. Es sind beobachtet worden: Erythrodemie, Morbilli- und skarlatiniformes Exanthem, Purpura, Urtikaria, lokalisiertes Ekzem vom Typus Sudanem, Dermatitis exfoliativa, bullöses Exanthem, Exanthem vom Typus Dermatitis herpetiformis und vom Typus Lichen skrofulosorum, makulo-squamöses und papulo-squamöses Exanthem.

Seltene Erscheinungen von geringer Bedeutung und kurzer Dauer sind: Konjunktivitis, Balanitis, Meno- und Metrorrhagien, Arthralgien und bismutielle Grippe.

Der einzige Todesfall, der bisher beschrieben worden ist und vielleicht als Wismutwirkung aufgefaßt werden kann, ist der von Magnus.

Literatur.

Authenrieth u. Meyer, Über die Bestimmung des Wismut in Organen, Blut, Harn und Stuhl, sowie seine Ausscheidung. D. m. W., 1924. — Azoulay, R., Stomatite bismutique. Presse méd., Jahrg. 30, Nr. 13, ref. Zbl. f. Haut- u. Geschlechtskrkh. — Bardac, Erfahrungen über intravenöse Luesbehandlung mit kol. Kalomel u. kol. Wismut. M. m. W., 1923, Nr. 48. — Bruck u. Weinberg, Beiträge zur Wismutbehandlung der Syphilis mit Bismogenol und Wismulen. Derm. Zschr., Bd. 39, Nr. 5. — Boelsen, Über Mundschleimhauterkrankungen bei Bismogenolbehandlung. M. m. W., 1923, Nr. 34 u. 35. — Blum, Presse méd., Paris 1923, Nr. 27, ref. M. Kl., 1923, Nr. 23. — Bernhart, Luesbehandlung mit Wismuttartrat. Derm. Zschr., Bd. 38, H. 4. — Bäcker, Béla, Beobachtungen über die Wismuttherapie der Syphilistherapie der Gegenwart. 1924, H. 6. — Bauer, Hugo, Zur Chemie der Wismutverbindungen. M. Kl., 1924, Nr. 33. — Beck, E. G., A new method of Diagnosis and Treatment of Tuberculous Sinuses and Abscess cavities. J. Am. m. Assoc. — Baer, Zur Frage der Wismutbehandlung der Syphilisfortschritte der Medizin. 1924, Nr. 1. — Betz, Veränderung des Blutbildes bei Wismutbehandlung. M. m. W., 1923, Nr. 28. — Citron, Die Therapie der Syphilis. Zschr. f. ärztl. Fortbild., 1924, Nr. 7. — Citron, Die Wismutbehandlung der Syphilis. M. Kl., 1923, Nr. 38 u. 39. — Clémont, Simon u. Bralez, Neuritis im Verlauf einer Wismutbehandlung. Bull. de la soc. franç. de derm. Sitzung 14. VII. 1923, ref. Derm. W., 1923, H. 20. — Criado, Tod durch Neotrepol. Soc. Espanola derm. y sifiolige, Madrid, 22. VI. 1923, Acta dermo-sifilioge, Jahrg. 15, Nr. 4, ref. Zbl. f. Haut- u. Geschlechtskrkh., Bd. 11, H. 6, S. 7. — Deselaers, W-Injektionen in der Syphilistherapie mit Bismogenol Tosse. Derm. W., 1922, Nr. 38. — Deselaers, Weitere Beiträge zur Bismo-

Digitized by Google

genoltherapie der Syphilis. Derm. W., Bd. 79, Nr. 27. — Dietel, Wismut in der Syphilistherapie. M. m. W., 1923, Nr. 40. — Dietel, Mesurol, ein neues, gut wirkendes Bi-Präparat. M. m. W., 1924, Nr. 27. — Dreesmann, Allgemeiner ärztlicher Verein zu Köln. 22. X. 1900. — Drouet, Réaction conjuctivale aux cours d'un Traitement bismuthé. Réunion derm. de Nancy, 18. XI. 1923, ref. Derm. W., Bd. 78, Nr. 20. — Dybesky, Über intravenöse Einspritzungen von Kalomel und Bismut diasporal. Derm. Zschr., Bd. 41, H. 1—2. — Eliasso u. Sternberg, Kritisches zur Wismuttherapie der Syphilis. Klin. Wschr., 1923, Nr. 50. — Engelhardt, Die Wismuttherapie mit einzeitig intravenös-intramuskulärer Injektion von Wismutsalzen. M. Kl., 1924, Nr. 17. — Erdheim, Wiener klin. Wschr., 1912, Nr. 20. — Evening, Über Wismuttherapie. Derm. W., 1923. — Felke, Wismut bei Syphilis. M. m. W., 1922, Nr. 39. — Felke, Wismut bei Syphilis. M. m. W., 1922, Nr. 52. — Felke, Wismut bei Syphilis, seine Wirkung, Nebenerscheinungen und Dosierung. M. m. W., 1923, Nr. 20. — Fraenkel, Experimentelle Beiträge zur Wismutbehandlung der Syphilis mit Spirobismol. M. Kl., 1923, Nr. 46. — Frbudenthal, Lokales embolisches Bismogenolexanthem. Arch. f. Derm., Bd. 147, H. 1. — Gaal, Zur Behandlung ausschließlich mit Wismut. Derm. W., Bd. 78, Nr. 2. — Galewsky, Ges. für Natur- und Heilkunde. Dresden, 26. II. 1923, ref. M. m. W., 1923, Nr. 36. — Gaston et Pontoiseau, Erythrodermie conséc. au Traitement bismutique koll. intraven. Bull. de la soc. franç. de derm., ref. Zbl. f. Haut- u. Geschlechtskrkh., Bd. 8. — Giemsa, Die Chemotherapie der Syphilis durch Wismutverbindungen. M. m. W., 1922, Nr. 41. — Giemsa u. Weise, Über weitere chemotherapeutische Studien mit Wismut und über ein hierbei gefundenes antiluetisches hochwirksames Bismutyl-Tartarat. Klin. Wschr., Nr. 2, H. 27. — Goerl u. Voigt, Über toxische Hauterscheinungen. M. m. W., 1924. — Goerl u. Voigt, Zur Wismutbehandlung der Syphilis. M. m. W., 1923, Nr. 50. — Grimme, Allgemeines über das antiluetische Bismogenol. Fortschr. d. Med., 1922, Nr. 39—40. — Grosmann u. Pogany, Die Behandlung der Syphilis mit Wismut. Derm. W., 1923, Nr. 6. — Guezmann u. Rubin, Die Behandlung der Syphilis mit Jodchininwismut. Derm. W., Bd. 77, Nr. 51—52. — Gutmann, Die intravenöse Wismuttherapie mit Nadisan-Kalle. Derm. W., Bd. 78, Nr. 3. — Gutmann, Erfahrungen mit dem Wismutpräparat Nadisan in Kombination mit Neosalvarsan bei der Wismutbehandlung der Syphilis. Derm. W., Bd. 77, Nr. 28. — Hoffmann, Die Behandlung der Haut- und Geschlechtskrkh. mit kurzer Diagnose, 4. Aufl. von 1923. — Holländer, Über die Behandlung der Syphilis mit dem Wismutpräparat Bismogenol und seine Bedeutung für eine ausgiebig wirkende Zwischenkur. Derm. W., Bd. 77, Nr. 40. — Hudelo u. Rabut, Réaktions de la Bismuthothérapie antisyphilitique sur le Tube digestif, la peau et le système nerveux. Bull. de la soc. franç. de derm. Sitzung vom 23. XII. 1923, ref. Derm. W., Bd. 78, Nr. 19. Jaffé, Über Gewebsveränderung nach Wismutinjektion. M. Kl., 1924. — Jähnke u. Schäcker, Über Wismutbehandlung der Syphilis und die Aufnahme des Wismuts in den Liquor cerebrospinalis. M. Kl., 1924, Nr. 29. — Joseph, Über Spirobismol. D. m. W., 1923, Nr. 46. — Kobert, Komp. der Toxikologie, 1912. — Kolle u. Ritz, Experimentelle Untersuchungen über die Wirkungen des Silbers und seiner Verbindungen auf die Kaninchensyphilis mit besonderer Berücksichtigung des Silbersalvarsans. D. m. W., 1919, Nr. 18. — Kolle, Über die Schutzwirkung der Antisyphilitika gegenüber der experimentellen Syphilisinfektion. D. m. W., 1924, Nr. 32. — Kolle u. Müller, Kongr. d. Deutsch. Derm. Ges. München, 20.—24. V. 1924, ref. M. m. W., 1924, Nr. 23. — Kolle, Abortivheilung mit Wismut u. Hg-Präparaten an Kaninchen. Vers. Südwestd. Derm., Frankfurt a. M., 22. und 23. III. 1924, ref. Derm. W., Bd. 78, Nr. 24. Sternberg, Exanthem bei Kaspisbehandlung, ebenda. — Kollat, Strauszer u. Rosner, Trepol und Niere. W. kl. W., 1923, Nr. 3. — Kallmann, Über die Behandlung der Syphilis mit Wismulen. M. Kl., 1924, Nr. 8. — Leder, Erfahrungen mit Bismophan. M. m. W., 1924, Nr. 23. — Legewie, Nebenerscheinungen bei Bismogenolbehandlung. Klin. Wschr., 1924, Nr. 17. — Lehner, Toxisches Erythem und Herpes zoster nach intramuskulärer Wismutinjektion. Derm. W., Bd. 77, Nr. 37. — Lehner u. Radnat, Die Behandlung der Syphilis mit Trepol. Derm. W., 1923, Nr. 42. — Leiszner u. Reichenbecher, Wismut in der Syphilisbehandlung. M. Kl., 1924, Nr. 6. — Lemay u. Jaloustre, Fixation du Bismuth par le cerveau. Cpt. rend. des Séances de la Soc. de Biol., ref. Zbl. f. Haut- u. Geschlechtskrkh., Bd. 9, H. 1/2. — Lepinay, Urticaire provoqué par des injekt. de sel de Bismuth. Bull. de la soc. franç. de derm., Jahrg. 23, Nr. 3, ref. Zbl. f. Haut- u. Geschlechtskrkh., Bd. 9, H. 3. — Levy, Eine neue Lues-

Digitized by Google

therapie mit durch Kupfer aktiviertem Wismut. W. kl. W., Jahr. 3, Nr. 12. — Liebreich, Enzyklopädie der Therapie, herausgegeben 1900. — Lumme, Bemerkung zur Wismutbehandlung der Syphilis. Über die Bedeutung des Wismutsaumes des Zahnfleisches. M. Kl., 1923, H. 31. — Magnus, Todesfall nach intravenöser Wismuteneinspritzung. Berl. Dermat. Ges., Sitzung vom 12. II. 1924, ref. Derm. W., Bd. 78, Nr. 19. — Mahne, B. kl. W., 1905, Nr. 9. — Martino, Praeparati di Bismuto et di Antimonio proposti a studiati per la cure della Sifilide. Icit. di Farmacol. Sperim. univ. Turino. Dissertation Turin 1923, ref. Zbl. f. Haut- u. Geschlechtskrkh., Bd. 11, H. 6—7. Meyer u. Gottlieb, Experimentelle Pharmakologie, 13. Aufl. — Mras, Über die Behandlung der Syphilis mit Wismutpräparaten. W. kl. W., Nr. 8. — Mühle, Über Bismogenol zur Luesbehandlung. Derm. Zschr., Bd. 38, H. 4. — Mühlig, Über Wismutvergiftung. M. m. W., 1901, Nr. 15. — Müller, Blasz, Kratzeisen, Experimentelles, Mikroskopisches und Klinisches zur Wismutbehandlung der Syphilis. M. m. W., 1923, Nr. 21. — Müller, Hugo, Wismutbehandlung der Syphilis. Zbl. f. Haut- und Geschlechtskrkh., Bd. 7, S. 289. — Müller, Hugo, Die Behandlung der Syphilis mit Wismut. M. m. W., 1922, Nr. 15. — Müller, Hugo, Weitere Versuche der Syphilisbehandlung. M. m. W., 1922, Nr. 40. — Nagel, Therapeutische Wirkung des Bismogenols in der Syphilisbehandlung. D. m. W., 1923, Nr. 34. — Nathan, Das Verhalten der Serumreaktionen bei der Wismutbehandlung der Syphilis. Klin. Wschr., Jahrg. 2, Nr. 22. — Nathan, Über Spirobismolbehandlung der Frühsyphilis. M. m. W., 1924, Nr. 20. — Neuber, Über die Wirkung der Wismutpräparate auf den syphilitischen Organismus. Derm. W., Bd. 78, Nr. 7/8. — Neuendorff, Weitere Erfahrungen mit der Wismutbehandlung der Syphilis und Bemerkungen über Vanadiumbehandlung. Derm. W., Bd. 78, Nr. 19. — Neuendorff, Wismutbehandlung bei Syphilis. Derm. W., Bd. 76, Nr. 14. — Nicolau u. Blumenthal, Beitrag zum Studium der Syphilisbehandlung durch Wismutpräparate. Arch. f. Derm., Bd. 143. — Nicolas, Date u. Leboeuf, Eruption lichénoide d'origine bismutique chez une malade ayons présenté antérieurement une érytheme. Bull. de la soc. franç. de derm., ref. Derm. W., Bd. 77, Nr. 46. — Oelze, Über Wismutschmierkuren bei Syphilis. Klin. Wschr., 1924, Nr. 20. — Papasoglou, Zur Bismogenoltherapie der Syphilis. Derm. W., 1924, Nr. 2. — Pentimalli, Mitteilungen über die Wirkung des koll. Wismuts. D. m. W., 1914, Nr. 29. — Peters, Wismutvergiftungen in der Chirurgie. W. kl. Rdsch., 1912, Nr. 17—20. — Plaut u. Mulker, Über die Wirkung neuer Wismutpräparate bei der experimentellen Kaninchensyphilis. M. m. W., 1921, Nr. 16. — Pohlmann, Über ein neues Wismutpräparat zur Behandlung der Syphilis. D. m. W., 1924, Nr. 2. — Prater, Über Dosierung mit Bismogenol. Derm. W., 1923, Nr. 14. — Reich, A., Über Vergiftung durch Becksche Wismutpastenbehandlung. Beitr. z. klin. Chir., Bd. 65, H. 1. — Reicher, Zur Wismuttherapie der Syphilis. Fortschr. i. d. Med., 1923, Nr. 12. — Richter, Über die Wismuttherapie, D. m. W., 1923, Nr. 28. — Ritter, Über die Behandlung der Syphilis mit Bismogenol, Derm. W., Bd. 77, Nr. 36. — Ritz, Schweizer m. W., 1923, Nr. 24. — Rosenberg u. Perdelwitz, Die Behandlung der Syphilis mit reinem Wismut. Derm. W., Bd. 78, Nr. 15. — Sassarac u. Levaditi, Wirkung des Wismnt auf Syphilis und Nagana. Cpt. rend. hebdom. des sciences de l'acad. des sciences, ref. Zbl. f. Haut- u. Geschlechtskrkh., Bd. 172, Nr. 22. — Sei, Über das Verhalten von Lösungen einiger Bismutyltartarate bzw. deren Mischungen mit Blutserum bei der Ultrafiltration. Arch. f. Derm., Bd. 146, H. 50. — Sei, Experimentelle Studien mit Natriumtribismutyltartarat (Bi 5) am Syphiliskaninchen. D. m. W., 1923, Nr. 42. — Sei, Untersuchungen über die Ausscheidungen von Wismut durch den Harn bei parenteralen Injektionen von Natriumtribismutyltartarat (Bi 5). Derm. W., 1923, Nr. 44. — Sezary, Borbé, Pommeret, Recherches sur le passage du Bism. dans le céphalo rachit. des paralythique génereux. Bull. et mém. de la soc. méd. des hôp. de Paris, ref. Zbl. f. Haut- und Geschlechtskrkh., Bd. 13, H. 9. — Smechula, Über unsere Erfahrungen mit der Wismutbehandlung der Syphilis. M. Kl., 1924, Nr. 24/25. — Spillmann, Drouet et Sunlyonitch, Le traitement de la syphilis par les selles du bismuth. ref. Zbl. f. Haut- u. Geschlechtskrkh., Bd. 8, S. 297. — Schreus, Über Wismutbehandlung der Syphilis. D. m. W., 1923, Nr. 15. — Schubert, Syphilis und Wismut. Derm. W., 1923, Nr. 23. — Schwarz, Neuere Antisyphilitika in vergleichender Betrachtung. Praxis. Schweizer Rundschau f. Med., 2. VI. 1924. — Strausz, Untersuchungen über die Ausscheidungen des Bismogenol. Derm. W., 1923, Nr. 19. — Tryb u. Beutl, Trepol in der Syphilistherapie. Derm. W., 1923, Nr. 27. — Voehl, Erfahrungen mit der Wismuttherapie der Lues. Ther. d. Gegenw., 1923, H. 6. — Vorl, Zur Therapie der Syphilis mit Wismutpräparaten. D.

Digitized by Google

m. W., 1923, Nr. 7. — Voigt, Über Behandlung der Syphilis mit Wismutpräparaten. Nürnberger med. Ges. u. Polikl., 26. X. 1922, ref. M. m. W., 1923, Nr. 3. — Wolfer. Zur Wismuttherapie. Schweizer med. Wschr., Nr. 28. — Zimmermann, Erfahrungen mit Bismogenol in der Praxis. Derm. W., 1923, Nr. 21. — Zollinger, Experimentell-klinische Beiträge zur Frage der Wismutvergiftung. Beitr. z. klin. Chir., 1912, Bd. 77. S. 268 ff.

Referatenteil

redigiert von Dr. Marie Unna, Hamburg-Bergedorf.

Fachzeitschriften.

Annales de Dermatologie et Syphiligraphie.

1924, Bd. 5, H. 12.

Über Lupus pernio (Du lupus pernio), von W. Dubreuilh und P. Joulia. S. 689. Die Verf. beobachteten seit 1918 5 Fälle von Lupus pernio, 2 sind schon früher beschrieben, mit 3 weiteren beschäftigt sich diese Abhandlung. Fall 3: Familiäre Belastung mit Tuberkulose, litt als Kind an Lymphomen, Lupus pernio seit 15 Jahren am linken Ringfinger, seit 4 Jahren auch an der linken kleinen Zehe und im Gesicht. Drüsen allgemein deutlich geschwollen. Splenomegalie, Leukozythenbefund normal. Röntgenologischer Befund 1922 und 1924 gleich: Lungen o. B., starke Hilusschatten, Knochen des linken Ringfingers und der linken kleinen Zehe deutlich verändert. Fall 4 und 5 keine tuberkulöse Belastung, hier und da kleine Drüsenschwellung, Tuberkulinreaktion negativ. Röntgen: Knochen o. B., Lungen o. B., jedoch starke Hilusschatten. Der Lupus pernio hat besonders nach den Arbeiten von Schaumann ein wohl abgegrenztes klinisches Bild, besonders im fortgeschrittenen Stadium. Die leichte allgemeine Drüsenschwellung, die Knochenveränderungen und die Hauterscheinungen lassen die Erkrankung als eine Erkrankung des ganzen Organismus erscheinen, und es bleibt nur übrig, den Erreger zu finden. Der mikroskopische Aufbau erlaubt eine sichere Diagnose dem Lupus erythematodes gegenüber, mit dem der Lupus pernio so viel Analoges hat.

Beitrag zum Studium der histologischen Physiologie der Haut: Der Austausch zwischen Epidermis und Korium und das tropho-melanotische Netz (Contribution à l'étude de l'histophysiologie cutanée. Les échanges dermo-épidermiques et le réseau trophomélanique), von L. M. Pautrier und G. Lévy. S. 700. Das Thema wird in folgenden 6 Kapiteln behandelt: 1. Strömung des Plasmas. 2. Bedingungen, unter denen man an das Studium des Austausches außer der Strömung des Plasmas herangehen kann. 3. Pigment und Zirkulation innerhalb der Zellen, die Langerhansschen Zellen. 4. Die Fette und der Austausch der Zellen, die Strömung des Fettes in den Xanthomen. 5. Wahrscheinliche Veränderungen von Substanzen, die vom tropho-melanotischen Netz transportiert werden durch diesen. 6. Tropho-melanotisches Netz und retikulo-endotheliales System. In dem Aufsatz kommen, soweit Pigmentfragen behandelt werden, unter beiläufiger Erwähnung der älteren Arbeiten von Rippert, Goldmann und Aschoff, nur die Ansichten von B. Bloch und seiner Schule zur Darstellung. Außer 3 farbigen und 4 schwarzen Abbildungen, von denen 2 die Funktion der Langerhansschen Zellen bei dem Aufbau xanthomatöser Hauttumoren zeigen, und ein sehr lesenswertes Kapitel darüber, bietet die Arbeit den Dermatologen nichts Neues.

Subkutane Kalkkonkremente und Insuffizienz der Thyreoidea und der Ovarien (Concrétions calcaires sous-cutanées et insuffiance thyro-ovarienne), von M. P. Weil und R. Weissmann-Netter. S. 724. Ein lokaler Niederschlag von Kalksalzen findet nicht nur im entzündlichen, irritierten und degenerierten Gewebe statt, sondern auch in der normalen Subkutis und ist unter dem Namen Kalzinosis bekannt. Die Krankheit befällt besonders Frauen bis zum 20. Lebensjahre und entwickelt sich langsam ohne lokale oder allgemeine Erscheinungen. Es entstehen Depots von kohlensaurem Kalk, dem sich gelegentlich phosphorsaurer Kalk hinzugesellt; sie entwickeln sich symmetrisch, an den Streckseiten der Finger beginnend. Erst später werden die Unterarme vorzüglich in

Digitized by Google

der Nähe der Gelenke befallen. Die Beweglichkeit der Gelenke kann indirekt dadurch leiden, das Knochensystem wird jedoch niemals ergriffen. Haben die Körnchen eine gewisse Größe erreicht, so entledigt sich der Organismus ihrer spontan durch entzündliche Reaktion. Es erfolgt Durchbruch nach außen, und es entleert sich eine seröse rahmige Flüssigkeit mit kleinen steinharten oder weichen Konkrementen, die an der Luft schnell erstarrt. Verf. beschreibt einen Fall, in dem wohl durch angeborene Lues (antiluetische Behandlung war erfolglos) eine Unterfunktion der Ovarien und der Thyreoidea festzustellen war. Es waren seltene unregelmäßige, geringe Menses mit Frigidität, Sklerodermie, Kältegefühl, Zirkulationsstörungen in den Extremitäten mit Kalzinosis vergesellschaftet. Die Erklärung, daß die Kalzinosis durch Verkalkung hypertrophisch und zystisch gewordener Talgdrüsen entsteht, oder durch infektiöse Prozesse und einfache Retention von Kalk in den Geweben entsteht, wird abgelehnt und mit der Unterfunktion von Ovarien und Thyreoidea in Beziehung gebracht. Mit Jod und Ovarialpräparaten konnte ein Stillstand erreicht werden. Das Fehlen einer Hyperkalkämie beweist, daß Retension von Kalk im Blute und Ablagerung in den Geweben nicht gleichzusetzen ist. Im Gegensatz dazu war der Phosphorgehalt des Blutes erhöht, und es drängt sich dem Beobachter eine Gegenüberstellung der Kalzinosis mit der Rachitis auf, bei der sich die Kalkarmut im Gegensatz dazu auch in dem geringen Phosphorgehalt des Blutes zeigt.

Über Behandlung des Ulcus tropicum (Sur le traitement des ulcères phagédéniques des pays chauds), von V. Genner. S. 733. Die Verbreitung des Ulcus tropicum ist dort am stärksten, wo feuchtes Klima herrscht. Es erkrankten fast nur Eingeborene, deren nackte Füße allen Traumen ausgesetzt sind. Die Ursache soll in einer Symbiose von Spirochäta Schaudinn und dem Bakt. Plaut-Vinzent liegen. Man findet sie fast konstant in den Geschwüren. Durch Infektionskrankheiten, z. B. Malaria, geschwächte Organismen werden schwerer befallen. Vier besondere Eigenschaften charakterisieren das Ulcus tropicum. Schmerzhaftigkeit, fötider Geruch, Atonie und Lokalisation. Differenzialdiagnose gegenüber Lues, Frambösie, Orientbeule und Ulcus varicosum nur in veralteten Fällen schwierig. Die viel empfohlene Behandlung mit Salvarsanpräparaten soll keine spezifische Wirkung haben, ist auch unter den dortigen Verhältnissen schwer durchzuführen. Kauterisation ohne Narkose ist ein zu brutaler Eingriff, gibt auch keine Dauererfolge. Am besten erscheint die Anwendung von Jodoformpuder. Gegebenenfalls sichert diese Behandlung schon in 2—3 Tagen die Differentialdiagnose gegenüber Frambösie. Sollte bei unklarer Diagnose ein Fall von Frambösie mit Jodoform behandelt werden, so sieht man den Irrtum schon in 2—3 Tagen ein und muß zu Salvarsanbehandlung greifen, der Zeitverlust ist gering. Weitaus die meisten Fälle von Ulcus tropicum können ambulant behandelt werden. F. J. Baar-Bad Kreuznach.

Russki Westnik Dermatologii.

1925, Bd. 3, Nr. 2.

Cutis rhomboidea hypertrophica cervicis, von P. Nikolsky. Bei einigen Männern finden sich auf der hinteren Halspartie schiefe $^1/_2$—1 mm tiefe, sich durchkreuzende Furchen, welche Rhomben von 2—5 cm im Durchmesser bilden. Eine derartige Haut ist verdickt und uneben. Diese Hautveränderung ist zuweilen erblich, immer aber wurden in solchen Fällen irgend welche Entwicklungsanomalien gefunden, wie Hypotrichosis, Hodenmangel, geistige Zurückgebliebenheit. Histologisch handelt es sich um Verdünnung des Epithels, Abflachung der Papille, hyaline Degeneration des Bindegewebes und Hypertrophie des elastischen Gewebes.

Pathologische Stoffwechselveränderungen beim Pemphigus, von Kartamischew-Prag. Verf. bringt den Pemphigus mit Stoffwechselveränderungen in Verbindung und sieht im Fehlen des Kochsalzes und in der Eosinophilie diagnostisch wichtige Kennzeichen.

Zur Illustrierung der vorbeugenden Wirkung des Stovarsolans bei Syphilis, von M. Rosenthal. Mit Erlaubnis einer Kranken, welche Lepra hatte, wurde ihr 10 Min. lang Reizserum eines Syphiliskranken, nach vorheriger Skarifikation, eingerieben. 3 und 13 Stunden nach der Impfung bekam die Frau je 2,0 Stovarsolan. Eine Infektion mit Syphilis erfolgte nicht! Die Beobachtung dauerte 7 Monate.

Diabetes insipidus bei einer Schwangeren mit Lues ignorata, von Edelmann und Kritzmann. 39jähr. Frau im 3. Monat der Schwangerschaft, welche vor 4 Monaten

Digitized by Google

einen Insult erlitten hatte und vor 3 Monaten an Diabetes insipidus erkrankte. Von Lues wuste sie nichts. WR stark positiv. Nach Neosalvarsankur hörte die Polyurie auf; die WR blieb stark positiv.

Die Deviabilität des Komplements als wichtigster Faktor bei der Komplementbindungsreaktion und die praktische Verwertung derselben bei der WR, von S. Jacubowitsch. Die Standartisierung der WR besteht in der Standartisierung einer Methode, welche die Deviabilitätsfrage erklärt. Da der durch den Titrationsversuch erhaltene Wert für die lytische Kraft des Komplements nicht zur wirklichen Charakterisierung seines Bindungsvermögens genügt, so verwendet Verf. eine Serie von 5—6 stark-schwach positiven und negativen Sera, welche mit steigenden Komplementdosen (angefangen vom lytischen Titer bis zu 2—$2^1/_2$ Titerhöhe) durchgemustert wird. Die auf solche Weise erhaltene reichliche Skala des Bindungsvermögens gibt die Möglichkeit, eine wirklich passende Komplementdosis zu finden.

Über die Syphilis als Berufskrankheit der Hebammen, von A. Jordan. Beobachtung nicht erkannter, nicht einmal vermuteter Syphilis, erworben von 2 Hebammen im Beruf. Anregung der sozialen Versorgung des medizinischen Personals, besonders der Hebammen, im Falle einer syphilitischen Infektion durch den Beruf.

Die Reizung der Gewebe als Prinzip der antigonorrhoischen Behandlung, von Diakoff. Die antiseptischen, Gonokokken tötenden Mittel haben vorzugsweise Bedeutung für die Behandlung der akuten Urethritis, wenn die Gonokokken sich noch in den oberflächlichen Schleimhautschichten befinden und eine Desinfektion ihre Zahl vermindert. Bei Urethritiden, welche unter dem Einfluß einer nicht reizenden bakteriziden Behandlung nicht vergehen, muß der Hauptwert der Behandlung auf die therapeutische Reizung der Gewebe gelegt werden, was durch verschiedene Mittel erzielt werden kann: durch Vakzination, Proteintherapie, unchemische, chemische, thermische und andere Reizmittel. Eine erfolgreiche Behandlung hängt von der richtigen individuellen Auswahl der betreffenden Behandlung ab.

Ein Fall von Mycosis fungoides d'emblée, behandelt mit X-Strahlen, von Mentschikow. Ungewöhnlicher, an ein Rhinosklerom bzw. Sarkom erinnernder Fall von Mycosis d'emblée des Gesichts bei einem 38jähr. Bauer. Die Diagnose erfolgte nur auf Grund des histologischen Bildes: die ganze Dicke der Cutis propria ist durchzogen von zahlreichen, dicht nebeneinander gelagerten Herden von Granulationsgewebe. Dieselben bestehen aus einförmigen, ziemlich großen Zellen von epithelioidem Typus, welche teilweise die Zeichen der Teilung aufwiesen, teilweise nekrotisch zerfallen. Unter X-Bestrahlung besserten sich die furchtbaren Schmerzen des Kranken zeitweilig. Infolge Metastasenbildung und Gangrän trat schließlich der Tod ein. Eine Autopsie wurde von den Angehörigen verweigert.

Ein Fall von syphilitischer Reinfektion, von Ratner. Erste Infektion am 11. Nov. 1923; Reinfektion am 30. Aug. 1924. Die Behandlung hatte bestanden in 4,95 Neosalvarsan und 12 Hg-Injektionen, davon 6 einer 3%igen Sublimatlösung und 6 einer 10%igen Lösung von Hg salicyl. A. Jordan-Moskau.

Annales des Maladies Vénériennes.

1925, Jahrg. 50, Nr. 1.

Die Ergebnisse der syphilitischen Forschung (Les fruits de la civilisation syphiligraphique), von V. Zaroubine. S. 1. Im allgemeinen werden vom großen Publikum die Fortschritte auf dem Gebiet der Luesforschung falsch verstanden oder überschätzt. Das gilt insbesondere von dem mikroskopischen Nachweis der Spirochäten und der WR. Der Laie wiegt sich bei dem negativen Ausfall einer dieser oder gar beider Untersuchungen nur zu leicht in der Hoffnung, daß es sich nicht um eine spezifische Erkrankung handelt und läßt sich vom Arzt nur schwer vom Gegenteil überzeugen. Aber auch unter den Ärzten selbst ist der Irrtum noch weit verbreitet, daß negative WR gleichbedeutend sei mit nicht luetischem Schanker. Nicht viel anders ist es mit der Salvarsantherapie. Hier neigt der Laie vielfach zur Überschätzung und glaubt, er sei geheilt, wenn er einige Spritzen Salvarsan bekommen hat und zufällig gleichzeitig die WR negativ wurde. Hier kann nur systematische Aufklärung helfen, vor allem auch der jungen Ärzte.

Digitized by Google

Latente Gonorrhoe-Bazillenträger (L'infection gonococcique latente. Les porteurs de germes gonococciques), von Ch. David-Paris. S. 20. Die latente Blennorrhoe ist deshalb besonders gefährlich, weil ihre Träger nichts von ihrem Bestehen wissen und sich für vollkommen gesund halten, bis sie eine plötzlich aufflammende Prostatitis oder Arthritis eines besseren belehrt. Das sind die Fälle, die Jahre hindurch keinerlei Zeichen einer noch bestehenden Infektion mehr bieten, keinen „Goutte militaire", keine Trübung des Urins, keine Fäden, und die trotzdem in den Samenblasen oder der Prostata noch Gonokokken beherbergen. Lokale Behandlung ist bei derartigen Fällen meist zwecklos. Dagegen führt Behandlung mit Autovakzine oft zum Ziel.

Betrachtungen über einen Fall von akuter Wismutvergiftung (Considérations sur un cas d'intoxication aiguë par le bismuth), von X. Vilanova. S. 25. 22jähr. Kranke, deren Infektion etwa ein Jahr zurückliegt, bekommt wegen stark positiver WR bei fehlenden klinischen Erscheinungen Wismutinjektionen, und zwar „Quinby". Vor Beginn der Behandlung besteht leichte Albuminurie, ohne Zylinder und Nierenepithelien. Nach 5 Einspritzungen, bei denen im ganzen 0,237 g metallisches Wismut gegeben wurde, plötzlich Intoxikationserscheinungen: Fieber, heftige Durchfälle, schwere tubuläre Nephritis, ausgedehnte Stomatitis. Heilung erst nach einem Monat. Auffallend war, daß die schweren Erscheinungen auftraten vor Sichtbarwerden eines Wismutsaums.

F. Landauer-Berlin.

Réunion Dermatologique de Strasbourg.

Sitzung vom 9. November 1924.

L. M. Pautrier und B. Rietman: **Wiederaufleben der durch Trichophyton granulosum hervorgerufenen Straßburger Trichophytie-Endemie, jedoch von pyogenem Typus mit sykotischen Knoten und Kerion** (Reviviscence de l'endémie Strasbourgeoise de trichophyties dues au tr. granulosum, mais prenant le type pyogène à nodules sycosiques et kérion). Während in den seit 1920 beobachteten, auf Trichophyton granulosum beruhenden Fällen es sich bisher stets um oberflächliche, generalisierte Erscheinungen von Trichophytie gehandelt hatte, traten nunmehr bei einer größeren Zahl von Kranken die der Familie des Trichophyton gypseum, zu der der Pilz gehört, sonst eigentümlichen pyogenen Eigenschaften auf. Die zunächst oberflächlichen Erscheinungen wandelten sich innerhalb 8 Tagen in Kerion oder sykotische Knoten um. Einmal wurde ein Haar befallen gefunden. Es hat also eine Wandlung in der Virulenz des Keimes stattgefunden. Sabouraud hält zur Klärung der auffallenden Erscheinungen Tierversuche für erforderlich; er hat die Erfahrung gemacht, daß bei Kindern die pyogenen Trichophytonarten an den Haaren zunächst keine entzündliche Reaktion hervorrufen und daß erst nach 8 Tagen Follikeleiterung auftritt. Er hält es für möglich, daß die gebildeten Toxine nur unter gewissen Umständen pyogene Fähigkeiten erlangen.

Georges Lévy: **Fall von Bowenscher Krankheit** (Un cas de maladie de Bowen). Frau von 74 Jahren. Schuppende Effloreszenz an der Stirnhaargrenze; keine Drüsenschwellungen. Histologischer Befund zeigt gewisse Besonderheiten, vornehmlich Erscheinungen von Dyskeratose. In einigen übergroßen Zellen granulöse Degeneration des Protoplasmas, andere, dyskeratotische, beladen sich mit Keratohyalin und erleiden eine völlige Keratinisation.

J. Roederer und J. Salmon: **Pigmentierungen unbestimmten Charakters** (Lésions pigmentées de nature indéterminée). Pigmentierungen bei einem Kranken, der an Blennorrhoe und Syphilis gelitten hatte. Über ihren Charakter ist nichts festzustellen, der histologische Befund bietet auch keinen Anhaltspunkt für eine Diagnose.

Rietman und Salmon: **Pemphigus subaigu malin, à bulles extensives.** Die Diagnose stützt sich auf den Verlauf der jeglicher Behandlung trotzenden, sich allmählich immer weiter ausbreitenden Affektion, die zu zunehmender Verschlimmerung des Allgemeinzustandes führte. Beginn mit roten Flecken, Blasen nicht bemerkt, Eintritt von Nässen, Eiterung, keine Neigung zur Überhäutung, vielmehr breiten sich die Ulzerationen durch Ablösung der Epidermis am Rande weiter aus.

Georges Canuyt: **Venerische Skrofulose. Kongenitale Syphilis und Lupus. Kombinierte und Mischläsionen im Gesicht, an den Tränenwegen, Pharynx und Larynx** (Scrofulate de vérole. Syphilis héréditaire et lupus. Lésions associées et mixtes de la face, des voies lacrymales, de l'arrière-gorge et du larynx). Ausgedehnte Ulze-

Digitized by Google

rationen, die zunächst unter Behandlung mit Salvarsan und Quecksilberzyanür vernarben. Ein Jahr später Wiederauftreten, weitere Ausdehnung auf vorher nicht befallene Teile, an der Nase Schwellungen, Eiterungen, Ulzerationen, im ganzen das Bild eines Nasenlupus; an Pharynx und Larynx alte Narben und frische Schwellungen mit oberflächlichen Geschwüren der Schleimhaut. Der Fall wird als Mischaffektion zunächst einer kongenitalen Syphilis, auf die sich dann ein Lupus aufgepfropft hat, aufgefaßt. Der von Ricord für solche Fälle eingeführte Name „Scrofulate de Vérole" ist veraltet. Behandlung jetzt mit großen Dosen Jodkali.

G. Sackenreiter: **Primäres Epitheliom der Glans** (Epithélioma primitif du gland). Ulzeriertes Knötchen an der Glans. Untersuchung auf Syphilis negativ; histologisch spinozelluläres Karzinom. Da Amputation abgelehnt, breite Exstirpation einschließlich der zugehörigen Leistendrüsen. Vernarbung.

A. Diss und Georges Lévy: **Rhabdomyosarkom der Stirn** (Rhabdomyosarcome du front). Innerhalb $1^1/_2$ Jahr bei einer 70jähr. Frau entwickelter kleiner Tumor, der mit der Haut verschmolz und ulzerierte. Exstirpation. Histologischer Befund.

L. M. Pautrier: **Lichen corneus hypertrophicus der Wade, abnorme Form der Lichenifikation und Lichenifikation der Handflächen vom Typus der Keratodermia palmaris** (Lichen corné hypertrophique du mollet, forme de lichénification anormale et lichénification des paumes des mains à type de kératodermie palmaire). Es finden sich bei dem Kranken zwei schöne Typen abnormer Lichenifikation. Auf Grund der klinischen und histologischen Untersuchung wird die Auffassung des Lichen corneus hypertrophicus als einer Abart des Lichen planus abgelehnt und er vielmehr als neue Form abnormer Lichenifikation betrachtet; er kann als sekundäre Veränderung sich auf einem voraufgehenden Lichen planus entwickeln. Auch die Erscheinungen an den Handflächen stellen eine abnorme Lichenifikation dar.

L. M. Pautrier: **Flächenhaftes Epitheliom der ganzen Unterlippe** (Epithélioma en nappe de toute la lèvre inférieure). Der Beginn der ausgedehnten Ulzeration, deren mikroskopische Untersuchung ein spinozelluläres Karzinom ergab, soll nach Angabe des Kranken 7—8 Jahre zurückliegen. Ein so langes Bestehen eines Karzinoms ist nicht anzunehmen, wahrscheinlich hat sich dieses auf eine andere, nicht festzustellende Affektion aufgepfropft.

L. M. Pautrier: **Neuer Fall von chronischer zirkumskripter knötchenförmiger Lichenifikation** (Un nouveau cas de lichénification circonscrite nodulaire chronique). Es handelt sich um sonst als Lichen obtusus corneus bezeichnete Fälle, die P. aus früher entwickelten Gründen nicht dem Lichen planus zurechnet, sondern als eine Art abnormer Lichenifikation auffaßt.

L. M. Pautrier und G. Lévy: **Ausgedehntes „Ulcus rodens" der Nackengegend** (Vaste „Ulcus rodens" de la région de la nuque). Schönes Beispiel eines der strengen Definition genügenden von vornherein ulzerierten Ulcus rodens. E. Levin-Berlin.

Réunion Dermatologique de Nancy.

Sitzung vom 20. Dezember 1924.

Mouton-Chapat: **Die Kohlensäureschneebehandlung eines Falles von Lymphangiom des behaarten Kopfes und zweier Fälle von Naevus vascularis bei Kindern** (La neige carbonique dans le traitement d'un cas de lymphangiome du cuir chevelu et de deux cas de naevus vasculaire chez l'enfant). Die Nävi schwanden mit kaum sichtbarer Narbe. Bei dem Lymphangiom war längere Behandlung erforderlich, wobei eingeschobene Röntgenbestrahlungen die Wirkung des Kohlensäureschnees aktiviert zu haben scheinen, während sie allein nicht wirksam waren, wie daraus hervorgeht, daß von ihnen, nicht aber von dem Kohlensäureschnee getroffene Stellen nicht schwanden.

Drouet und J. Watrin: **Lymphosarkom des Halses** (Lympho-sarcome du cou). Höckriger, an der Oberfläche ulzerierter Tumor in der linken Fossa infra-clavicularis, auf der Unterlage nicht verschieblich, starke Schwellung der benachbarten Drüsen. Hochgradige Anämie. Die klinischen Erscheinungen und der Blutbefund (mangelnde Eosinophilie) sprachen gegen Hodginsche Krankheit, die Diagnose Lymphosarkom wurde durch den histologischen Befund bestätigt. Tiefe Röntgenbestrahlungen schienen eine deutliche Besserung zu bewirken, doch trat plötzlich Phlebitis im rechten Arme auf,

Digitized by Google

14 Tage später erlag Patient einer anscheinend von dieser ausgegangenen Embolie der V. mesaraica.

Hanriot: **Elektrokoagulation bei kleinen Hautgeschwülsten** (De l'electrocoagulation dans les petites tumeurs de la peau). Erfolge nach Applikation von einigen Sekunden bei Papillomen, Warzen, Kankroiden, Keloiden, Lupusknötchen, Naevi vasculares und pigmentosi.

Hanriot: **Elektroden zur Oberflächenelektrolyse** (Electrodes pour électrolyse en surface). Bei flachen Hautaffektionen (Nävi, Lupus erythematosus und vulgaris u. a.) ist die übliche Elektrolyse mit eingeführten Nadeln schwer ausführbar und gibt schlechte Resultate. Besser ist für derartige Fälle Elektrolyse mit platten, runden, ovalen, quadratischen, der Größe der Affektion angepaßten Elektroden, die, mit dem positiven Pol verbunden, unter leichter Kompression aufgesetzt werden. Nach Einwirkung von 5—10 Min. oberflächlicher Schorf.

J. Watrin: **Seit 16 Jahren bestehende flächenhafte tertiäre Syphilide gleichzeitig mit sekundären akneiformen** (Syphilides tertiaires en nappe remontant à 16 ans et coexistant avec des syphilides secondaires acnéiformes). Syphilis 32 Jahre zuvor, nur Lokalbehandlung des Bubo. Seit 16 Jahren an den Beinen Knoten, die zu rundlichen Ulzerationen führen, unter feuchten Umschlägen schnell heilen, während immer wieder neue auftreten, die zur Zeit noch bestehen. Zugleich an der Stirn nach Alkoholabusus frisch aufgetretenes akneiformes Syphilid, das sich histologisch als typisches papulöses Syphilid darstellt und spontan schwindet.

L. Spillmann, Drouet und Carillon: **Fall von Urticaria pigmentosa** (Un cas d'urticaire pigmentaire). Auftreten von Pigmentflecken, zuerst einen Monat nach einem Partus. Bei starkem Reiben schwellen sie an, werden härter und urtikariaähnlich. In dem leichten Kutisinfiltrat fehlen Mastzellen.

L. Spillmann und A. Winstel: **Psoriasis, Ekzem und Organbehandlung** (Psoriasis, eczéma et opothérapie). Es wurde versucht, die Beziehungen zwischen Hauterkrankungen und Störungen der inneren Sekretion durch eine wissenschaftliche Methode zu kontrollieren. Technik: 1. klinische Untersuchung (vasomotorische Hautreaktionen, okulokardialer Reflex); 2. Drüsenproben (Pilokarpin, Atropin, Adrenalin, Amylnitrit, Drüsenextrakte, basaler Metabolismus). Unter 8 Fällen von Psoriasis zweimal experimenteller Nachweis der endokrinen Störung (Steigerung der Thyreoideasekretion) und Schwinden der Hauterscheinungen durch entsprechende Organbehandlung, in einem dritten Falle Schwinden nach Thymusextrakt, doch ist Zusammenhang mit Funktionsstörung der Thymus zweifelhaft, da die Drüsenprobe fehlte. Unter 7 Fällen von Ekzem viermal endokriner Ursprung (zweimal hypophysäre Insuffizienz, je einmal Ovarieninsuffiziens und Schilddrüsenhyperfunktion) und Heilung durch entsprechende Organbehandlung.

L. Spillmann und Mougolle: **Schmerzhafte berufliche subungueale Hyperkeratose** (Hyperkératose sous-unguéale douloureuse professionelle). In zwei Fällen (Augenarzt, Zahnarzt) konnten die Erscheinungen auf In-Berührung-Kommen mit Novokain zurückgeführt werden, nach dessen Vermeiden sie schnell schwanden.

L. Spillmann, Drouet und Michon: **Zur Geschichte des Pemphigus (Pemphigus subacutus und Pemphigus vegetans)** (A propos de l'histoire des Pemphigus [pemphigus subaigu et pemphigus végétant]). Der subakute Pemphigus (Pemphigus subaigu malin à bulles extensives Brocq) unterscheidet sich von dem akuten fieberhaften Pemphigus nur durch die Dauer der Entwicklung und durch das plötzliche, in voller Gesundheit erfolgende Auftreten der Krankheit; die Prognose ist stets mit großer Vorsicht zu stellen. In den beobachteten Fällen konnte eine Ursache nicht nachgewiesen werden, doch besteht der Eindruck einer bakteriellen Infektion, ebenso auch beim Pemphigus vegetans, von dem gleichzeitig auch mehrere Fälle zur Beobachtung kamen, während vorher mehrere Jahre lang kein Fall von Pemphigus vorgekommen war.

Hanshalter: **Die in der Kinderklinik beobachteten Pemphigusfälle** (Les cas de pemphigus observés à la clinique infantile). In 30 Jahren 8 Fälle, darunter eigentümlicherweise 5 in den Jahren zwischen 1895 und 1897 aufgetretene akute Fälle von gutartiger Form. Außerdem ein subakuter, schubweise ohne sichtbare Störung des Allgemeinbefindens verlaufender, ein chronischer, plötzlich aufgetretener und ein chronischer Fall mit Schüben von familiärem Typus, bei dem das Auftreten der Blasen schon durch leichte Traumen hervorgerufen wurde.

L. Spillmann, Watrin, Drouet, Mouton-Chapat, Carillon: **Krankenvorstellungen aus der Dermatologischen Klinik.** 1. Naevus vascularis. 2. Lymphangiom des be-

Digitized by Google

haarten Kopfes. 3. Flächenhafte gummöse Syphilide. 4. Spinozelluläres Epitheliom der Unterlippe. 5. Urticaria pigmentosa. 6. Pemphigus vegetans gravis. 7. Psoriasis gyrata, durch Organbehandlung beeinflußt. 8. Gummöse Osteoperiostitis des Humerus mit Sequester im Verlaufe einer verkannten kongenitalen Syphilis. 9. Epitheliom der Unterlippe, Exstirpation, Autoplastik. E. Levin-Berlin.

Bücherbesprechungen.

Monographien über die Zeugung beim Menschen, von H. Rohleder. (Bd. 1 u. 2. 3. u. 2. Aufl. Verlag G. Thieme, Leipzig 1924.) Die Monographien über die Zeugung beim Menschen sind, in ein Werk zusammengefaßt, in neuer Auflage erschienen. Das Werk, welches nicht nur den Arzt, sondern sicherlich auch den Naturwissenschaftler interessieren dürfte und in seinem zweiten Teil auch den Historiker, Soziologen und Juristen, ist eine umfassende Zusammenstellung aller die Zeugung und Befruchtung betreffenden anatomischen, physiologischen und pathologischen Gesichtspunkte. Ein weiter Raum ist der künstlichen Zeugung gewidmet, und eine umfangreiche Literaturübersicht wird zu diesem Thema beigegeben. Die Frage wird vom ärztlichen und vom juristischen Standpunkt aus besprochen. Über seine eigene Methode der künstlichen Zeugung berichtet Verf., daß er in 25 Fällen 8mal Erfolg hatte. — Der zweite Band behandelt die Inzucht im Pflanzenreich, der Tierwelt und beim Menschen, die „Vermischung" und den Inzest und bietet so viel medizinisches, naturwissenschaftliches und kulturhistorisches Material, daß er für den Rahmen eines Referates viel zu weitgehend ist. Ob nicht einzelne Abschnitte, besonders im Kapitel „Inzucht", stellenweise leicht ins Hypothetische übergehen, stellenweise auch nicht ganz frei von Widersprüchen erscheinen (Inzucht bei den Juden) S. 275—276), mag dahingestellt bleiben. Auf jeden Fall bietet das Werk eine Fülle von Anregung und verrät die weit über das Ärztlich-Naturwissenschaftliche hinausgehenden Kenntnisse des Verfassers. O. H. Schwarz-Berlin.

Lehrbuch der Röntgenkunde, Bd. II, von H. Rieder und J. Rosenthal. (Verlag J. A. Barth, Leipzig 1925.) Dieses groß angelegte Werk bietet eigentlich weit mehr als man von einem Lehrbuch erwartet. Die Vollständigkeit des behandelten Stoffes, die Gründlichkeit der einzelnen Kapitel macht einerseits das Werk zu einem unentbehrlichen Berater für jeden Röntgenologen, und andererseits wird durch die klare und souveräne Beherrschung des oft schwierigen Stoffes der einzelnen Autoren dieses Werk auch den Studierenden zugänglich gemacht. Dieser 2. Band hat zum Inhalt: Röntgenuntersuchung der Bauchhöhle mittels Gaseinblasung, Röntgenuntersuchung des uropoetischen Systems, Röntgendiagnostik der Erkrankung der Speiseröhre, Röntgenuntersuchung des Magens, Röntgenuntersuchung des Duodenums, des Dünndarmes, des Dickdarmes, Röntgenuntersuchung bei Pankreaserkrankungen, Röntgenuntersuchung der Zähne und der Kiefer, Röntgenuntersuchung in der Rhino-Laryngologie, Röntgenuntersuchung des Ohres, Röntgenstrahlen in der Augenheilkunde, Röntgenuntersuchung in der Neurologie, Röntgenuntersuchung in der Gynäkologie und Geburtshilfe, Röntgenuntersuchung in der Kinderheilkunde. Über die Fehlerquellen bei der Deutung von Röntgenbildern im allgemeinen, Röntgentechnik, Photographie in der Röntgenkunde. Den Dermatologen interessiert besonders das Kapitel über Röntgentechnik von Rosenthal. Dieser Abschnitt ist besonders reich an vorzüglichen Abbildungen. Zu Anfang werden die verschiedenen Hochspannungsapparate — Induktorapparate mit Unterbrecher. Unterbrecherlose Apparate mit und ohne mechanischen Hochspannungs-Gleichrichter. Influenzmaschinen — besprochen. Der nächste Abschnitt — Röntgenröhren — enthält alle bekannten Modelle einschließlich der neuen Metallröhren und der Ionenröhren. Auch die 3. Abteilung — Hilfsapparate, Einrichtungsgegenstände, Meßinstrumente, Schutzmittel usw. ist vollständig. Als Anhang findet sich eine Beschreibung von transportablen Apparaten, die zum Teil während des Krieges Verwendung fanden. Aus dem Angeführten ist zu ersehen, daß jeder Röntgen-Dermatologe die erforderlichen Auskünfte über seinen Röntgenbetrieb erhalten kann. Es ist daher dieses Lehrbuch, wie es schon bei der Besprechung des 1. Bandes (D. W., Bd. 79, S. 1080) hervorgehoben wurde, jedem Röntgen-Dermatologen wärmstens zu empfehlen. E. Hornemann-Lüneburg.

Modern Diagnosis and Treatment of Syphilis, Chancroid and Gonorrhoea, von L. W. Harrison. (Modern Medical Monographs, Bd. 1, 167 S. Constable & Company Ltd., London 1924). Die vorliegende Abhandlung erscheint als erster Band einer Reihe

Digitized by Google

medizinischer Monographien, mit denen beabsichtigt ist, den Praktiker mit dem augenblicklichen Stand der einzelnen Spezialwissenschaften vertraut zu machen und ihm das Suchen spezialistischer Einzelheiten in der heute ins Ungeheure angewachsenen Literatur zu ersparen. Der Besprechung der Syphilis wird naturgemäß der breiteste Raum geschenkt. Klinische Diagnose, Spirochätennachweis, Seroreaktion, Differentialdiagnose bei den einzelnen Stadien, Untersuchung der Lumbalflüssigkeit, Syphilis der inneren Organe und des Nervensystems werden in prägnanter Weise behandelt. Der Verf. versteht es meisterhaft, aus der Fülle der Einzeltatsachen alles Wesentliche für die Praxis scharf herauszuzeichnen. Therapeutische Neuerungen, wie Wismut, Stovarsol, Natriumthiosulfat, bespricht Verf. kritisch. Mit Recht bewahrt er gegenüber der Einführung des Stovarsols in die Therapie eine gewisse Skepsis. Er hebt hervor, daß die Aushändigung eines solchen Medikaments an den Patienten Nachteile mit sich bringt; die Dosierung könnte sehr unregelmäßig werden. Außerdem sei noch nicht erwiesen, ob die Leberzellen durch die Absorption vom Magen-Darmkanal aus nicht stark geschädigt würden. — Für die Behandlung der einzelnen Stadien der Syphilis stellt Harrison sowohl für die verschiedenen in England gebräuchlichen Salvarsanpräparate als auch für Quecksilber, Wismut und Jod gewisse Richtlinien auf. — Unter „Chankroid" sind alle nichtsyphilitischen Genitalgeschwüre zu verstehen. Diese Geschwüre werden in England eigentlich recht selten beobachtet, deshalb wird das Kapitel „Chancroid" auch wohl auf $3^1/_2$ Seiten recht stiefmütterlich abgehandelt. Besonders auszusetzen ist, daß der Unna-Ducreysche Streptobazillus als der Erreger des weichen Schankers mit keinem Wort erwähnt ist. — Während der Tripper des Mannes in jeder Richtung gründlich besprochen ist, wird der Blennorrhoe der Frau nur skizzenmäßig Erwähnung getan. — Einige auf einer Tafel vereinigte farbige Abbildungen sollen die Unterschiede zwischen hartem und weichen Schanker hervorheben. Drei kleine Abbildungen von papulösen und frambösieformen Syphiliden sind mangelhaft. Zu begrüßen wäre, wenn der Verf. bei der nächsten Auflage gute Abbildungen von Spirochaeta pallida, Streptobacillus ulceris mollis und Gonokokkus brächte.

A. Holländer-Hamburg.

Mitteilungen aus der Literatur.

Ulcus molle, Venerisches Granulom.

Das Ulcus molle in Algerien (La chancrelle en Algérie [Thèse d'Alger]), von E. Benzegri. (Presse méd., 1924, Nr. 77, S. 776.) Bei den Eingeborenen Algeriens sieht man wie anderswo das Ulcus molle zumeist in seiner gewöhnlichen typischen Gestalt auftreten; daneben gibt es aber Zwergformen von herpetoidem Aussehen, akneiforme und folliknläre Typen, rhagadenförmige, namentlich an den Analfurchen lokalisierte Läsionen, ulzerokrustöse und nodulo-papulöse Formen, die auf Kondylomen sitzenden Ulzera und die gummiartigen, den tertiären syphilitischen Läsionen ähnelnden weichen Schanker sowie auch die serpiginösen und tiefbohrenden phagedänischen Schanker. Entgegen der von Milian und Périn vertretenen Ansicht hat B. keinen Anhalt dafür gefunden, daß die in Algerien charakteristischen Formen des Ulcus molle auf eine Mitwirkung von syphilitischer Durchseuchung zurückzuführen seien.

A. Philippi-Bad Salzschlirf.

Die konservative Behandlung der Lymphadenitis chancrosa mit Phlogetan, von A. Lörinczi, Spitalul de femei, Ambulatorul policlinic, Cluj. Rumänien. (M. Kl., 1924, Nr. 46, S. 1619—1621.) Es wurde in 60% völlige Heilung, in 40% nennenswerte Beeinflussung erzielt. Einspritzungen subkutan abwechselnd an beiden Oberarmen (intramuskuläre oder an anderen Stellen ausgeführte Einspritzungen haben nicht die gewünschte Wirkung) 5—7 ccm. Lokale Reaktionen gehen nach 3—4 Tagen zurück. Fieber nur bei den ersten Einspritzungen. Die präventive Anwendung versagte.

E. Levin-Berlin.

Über die Ätiologie der Lymphogranulomatosis inguinalis subacuta (adenogenes venerisches Ulkus) (Sur l'etiologie de la Lymphogranulomatose inguinale subaiguë [ulcère vénérien adénogène]), von M. Favre-Lyon. (Presse méd., 1924, Nr. 62, S. 651.) Diese Affektion ist von F. seit mehreren Jahren studiert worden und unter seiner Leitung ausführlich von A. Phylactos in einer These der Universität Lyon geschildert. Neuerdings hat Carlo Gamma (Turin) unabhängig von diesen Untersuchungen die Affek-

Digitized by Google

tion (Presse méd., 7. Mai 1924) besprochen und im wesentlichen die gleichen Resultate erhoben. Besonderes Gewicht legt F. auf das Vorkommen von sehr reichlichem pyknotischem Detritus und von auffallend zahlreichen großen Zellen an der Innenwand des Abszesses, welche mit chromatinen Massen geradezu vollgestopft sind. Bei einfacher Hämatein-Eosinfärbung treten diese als dunkelviolette Massen deutlich in die Erscheinung, und sie sind auch freiliegend zwischen den Zellelementen und an den Rändern des Abszesses zu erkennen, oft in Halbmondform mit einem die beiden Hörner verbindenden Streifen von heller, leicht azidophiler Substanz; andere sind abgerundet, homogen und wie von einer hellen Aureole eingeschlossen. In der Publikation von G. heißt es allerdings, daß diese chromatophilen Körperchen selten am Rande des Abszesses sich finden, sondern vielmehr an Stellen, wo die entzündlichen Vorgänge weniger weit vorgeschritten sind. Jedenfalls sind dieselben als etwas Charakteristisches anzusehen, wodurch sich das Lymphogranulom vom Bubo des weichen Schankers unterscheidet.

A. Philippi-Bad Salzschlirf.

Blennorrhoe.

b. Pathologie und Klinik.

Blasenlähmung bei Gonorrhoe, von Görl und Voigt-Nürnberg. (M. m. W., 1924, Nr. 19, S. 631.) Bei frischer Blennorrhoe kann infolge eines Lähmungszustandes des Detrusors die Blase häufig nicht völlig entleert werden. Die Folge ist leichter Harndrang. Spasmen und Prostatitis sind wohl die Veranlassung dieser Retention.

A. v. Notthafft-München.

Isolierte Gonorrhoe eines ungewöhnlich langen paraurethralen Ganges, von H. Mühlpfordt-Allenstein. (M. m. W., 1924, Nr. 36, S. 1242.) Länge 7—8 cm. Spaltung mit dem Kaltkauter auf der Sonde. A. v. Notthafft-München.

Ein Fall von blennorrhoischer Arthritis mit Eiter in der Gelenkhöhle (A Case of Gonorrheal Arthritis with Purulent Fluid in the Synovial Space), von M. Lavandera-New York. (M. J. and Record, 1924, Bd. 120, Nr. 9, S. 428—429.) Entzündung des rechten Kniegelenkes in Anschluß an akuten Tripper; Sekret der Prostata und der Samenblasen enthielt reichlich Eiter mit intra- und extrazellulären Diplokokken. Die durch Punktion aus dem Kniegelenk gewonnene Flüssigkeit zeigte sich eiterhaltig aber steril. Die Schwellung und Schmerzen nahmen zu, es trat Fluktuation auf. Behandlung mit Aspiration der Synovialflüssigkeit und intramuskuläre Injektion derselben (im ganzen 6 bis zu einer Dosis von 43 ccm). Außerdem örtliche Tripperbehandlung. Nach 4 Monaten wurde Pat. mit geringer Induration in den das Gelenk umgebenden Weichteilen geheilt entlassen. E. Levin-Berlin.

Über Arthritis gonorrhoica beim Säugling, von M. Fischer, Säuglingsheim Breslau. (Mschr. f. Kinderheilk., 1924, Bd. 29, H. 1, S. 10.) Bericht über zwei Fälle (Knaben) von Arthritis blennorrhoica im Säuglingsalter. Schwierigkeit der Diagnose bei dem zweiten Kinde, da die Eingangspforte der Infektion trotz eifrigen Suchens nicht auffindbar war. Hinweis auf eine mögliche intrauterine Plazentarinfektion. Restlose Heilung nach einer Arthigonkur. R. Ley-Kreuznach.

Zwei Fälle von mykotischen Aneurysmen, verursacht durch Gonokokken und Pneumokokken (Two Cases of Mycotic Aneurysm, Gonococcal and Pneumococcal in Origin), von B. W. Reifenstein, Path. Labor. Boston. (Am. J. m. sc., 1924, Bd. 168, Nr. 3, S. 381.) Mykotische Aneurysmen im Verlaufe einer Endokarditis und anderer akuter Infektionskrankheiten sind relativ häufig, im Gegensatz zu den arteriosklerotischen und luetischen älterer Personen findet man sie meist bei jüngeren Individuen. Schauplatz sind gewöhnlich die viszeralen und peripheren Arterien. Infizierter Embolus verstopft das Gefäß, dessen Gewebe sich an dem Prozeß beteiligt. Aber auch die Aorta kann befallen sein, sei es, daß deren Wandung unmittelbar durch den Erreger einer Schädigung ausgesetzt wird, sei es, daß die Gefäße der Media von infizierten Thromben gefüllt werden. Angeborene Anomalien oder arteriosklerotische Herde begünstigen einen solchen Prozeß. 1. Fall: Gonokokkensepsis, nach 71tägigem, sehr charakteristischem Krankheitsverlauf Exitus. Sektionsbefund: Herz vergrößert, Aortenklappen verdickt, mit Auflagerung von weichen Granulationen, Aortenbogen erweitert, gleich über den Klappen mehrere kleine Aneurysmen, Durchmesser von 0,5—1,0 mit scharfen Rändern. In der Nähe des Arkus ein größeres Aneurysma von 2,5 cm Durchmesser. Gonokokken auf den Aortenklappen und in den mit Thromben gefüllten Aneurysmen nachgewiesen. 2. Fall: Bei $10^1/_2$jähr. Knaben führte eine Pneumokokken-Endokarditis in 4 Wochen

Digitized by Google

zum Tode. Pat. hatte im Alter von 2 Jahren eine Endokarditis gehabt, die aber in den folgenden Jahren keine Beschwerden gemacht hatte. Pathologischer Befund: wahrscheinlich kongenitale Anomalie der Aorta ascendens (Verengerung), chronische Endokarditis der Mitralis. Aneurysma der Aorta ascendens von 3,5 cm Durchmesser, $^5/_6$ des Aortenumfanges einnehmend, Ruptur in Ösophagus und Lunge. Bakteriologischer Befund: Pneumokokken. Verf. mahnt bei allen akuten Infektionskrankheiten Bildung und Ruptur von mykotischen Aneurysmen in den Bereich der Möglichkeit und Erwägung zu ziehen. F. J. Baar-Bad Kreuznach.

c. Therapie.

Über Erfahrungen mit Röntgenbestrahlungen bei Uteruskrebs, kompliziert durch latente blennorrhoische Salpingitis (Untoward Results in Radiation Therapy of Uterine Cancer when Complicated with Latent Gonococcic Salpingitis), von B. F. Schreiner und L. C. Kress-Buffalo, New York. (Am. J. Roentgenol., 1924, Bd. 12, Nr. 1, S. 51.) Es wird gewarnt vor der Bestrahlung der weiblichen inneren Genitalien — sowohl von innen mit Radium als auch von außen mit Röntgenstrahlen — bei Patientinnen, die noch Residuen einer alten Blennorrhoe haben. Es werden 5 Fälle beschrieben, davon 4 mit tödlichem Ausgang innerhalb eines Zeitraums von 8 Tagen bis 2 Monaten nach der Bestrahlung, infolge von Peritonitis blennorrhoica. Es handelt sich um Patientinnen, die wegen eines Uterustumors mit den üblichen Dosen bestrahlt wurden und in deren Anamnese von Blennorrhoe nichts zu ermitteln war. In dem Eiter der Bauchhöhle wurden Gonokokken bakteriologisch nachgewiesen. Es wird angeraten, bei jeder Pat., die sich einer Uterus- oder Eierstocksbestrahlung unterziehen soll, vorher die WR und Gonokokkenkomplementfixierung vorzunehmen und die Patientinnen mindestens 10 Tage lang nach der Bestrahlung im Krankenhaus unter Beobachtung zu halten.
L. Gumpert-Blaschko-Berlin.

Moderne Gonorrhoediagnostik und -therapie, von A. Cohn-Berlin. (Ther. d. Gegenw., 1924, Jg. 65, H. 11, S. 496.) Kurzer Überblick über Klinik und Therapie der Blennorrhoe. Verf. weist auf seine demnächst erscheinenden Publikationen hin, die über die 100% positiv ausgefallenen Kulturversuche mit dem Levinthalagar bei akuter Blennorrhoe und über die günstigen Komplementfixationsversuche mit neuen Antigengemischen berichten. Bei der Behandlung haben sich Albargin, Choleval, Protargol und Targesin bewährt, während mit Reargon keine günstigen Erfolge erzielt wurden.
M. Gumpert-Berlin.

Fortschritte in der Gonorrhoebehandlung, von C. Friedländer. (W. m. W., 1924, Nr. 44, S. 2313.) Verf. empfiehlt auf Grund klinischer Erfahrungen für die Blennorrhoebehandlung das Azykal. Es ist in Verdünnungen von 1:10000—1:3000 steigend zu verabfolgen. Es wird gut vertragen, beseitigt rasch die Gonokokken, beschmutzt die Wäsche nicht, da es farblos ist, und ist billig. Außerdem wird noch eine praktische Neuerung angegeben, die Azykalspritze, bei der Spritze, Füllgefäß und Medizinflasche in einem vereinigt sind und die bequem vom Pat. unauffällig mitgeführt werden kann, so daß er mehrmals täglich Injektionen vornehmen kann. E. Levin-Berlin.

Die Lokaltherapie der männlichen und weiblichen Gonorrhoe mit Tampovagan-Zervix- und Urethra-Gelatinestäbchen, von H. Schmeidler-Berlin. (Ther. d. Gegenw., H. 10, S. 480.) Glyzeringelatine, welcher gonozide Substanz und eine geringe Menge Adrenalin, Suprarenin (1,0:2000) und Kokain beigesetzt ist. Die Stäbchen sind rund, biegsam, werden nicht herausgepreßt, verursachen keine Beschwerden, lösen sich in wenigen Minuten bei normaler Körpertemperatur auf. Bei der Behandlung der Zervixblennorrhoe sind die Tampovagan-Zervixstäbchen zwar ungemein nützlich, aber zu ihrer Unterstützung sind noch die Tampovagan-Scheidenkugeln zu verwenden.
M. Stern-München.

Über die Verhütung von Komplikationen bei männlicher Gonorrhoe mittels Novatropin, von L. von Heiner, Hautkl. Franz-Josef-Univ. Szeged. (D. m. W., 1924, Nr. 40, S. 1373.) Verf. hat das obengenannte Mittel in 226 Fällen angewendet und nur in 10 Fällen das Auftreten von Komplikationen beobachtet. F. Harry-Wiesbaden.

Experimentelle Untersuchungen über antigonorrhoische Silberpräparate, von F. Jacobsohn und Erlanger, Derm. Abt. Rud.-Virchow-Krkhs. Berlin. (Kl. W., 1924, Nr. 39, S. 1760.) (Siehe den Sitzungsbericht der Juli-Sitzung der Berliner Derm. Ges.) Die mikroskopischen Bilder von Harnröhrendurchschnitten männlicher Leichen zeigten nach vorhergehender Injektion der verschiedenartigen Silberlösungen (Arg. nitr., Albargin, Protargol, Choleval, Targesin und Reargon) ein völlig verschiedenes Verhalten be-

Digitized by Google

züglich des Eindringens der chemischen Stoffe in die Schleimhaut und unter dieselbe, und zwar entsprachen die Bilder ganz dem Ionisierungsgrade der Präparate. Dieser Ionisierungsskala glich auch die oligodynamische Wirkung der Silberlösungen. Bezüglich der Tiefenwirkung konnte als neu beobachtet werden, daß die kolloidalen Präparate, die nicht eiweißfällend sind, in die Littréschen Drüsen eindringen. Bei den kolloidalen Präparaten kommt entsprechend ihrer kaum erheblichen Ionisierung diese als Erklärung ihrer bakteriziden Wirkung nicht in Frage, so daß hierfür andere Momente herangezogen werden müssen, z. B. die nachgewiesene nährbodenverschlechternde Wirkung. Weiterhin konnte durch über mehrere Wochen fortgesetzte Tierversuche erwiesen werden, daß die kolloidalen Präparate in den gebräuchlichen Dosen keine Reizwirkung ausüben, die sich auch klinisch für das Targesin sicher ergeben hat, bei dem Reargon dagegen nicht immer vorhanden ist, wofür als Grund der verschiedene Ausfall der hergestellten Lösungen angenommen wird. E. Langer-Berlin.

Über neuere kolloidale Silberpräparate zur Behandlung der Gonorrhoe, von E. Langer und B. Peiser, Derm. Abt. Rudolf-Virchow-Krkhs. Berlin. (D. m. W., 1924. Nr. 42, S. 1439.) Die kolloidalen Silberpräparate Targesin und Reargon haben sich speziell bei der Früh- und Abortivbehandlung der Blennorrhoe bewährt. In den übrigen Stadien der Blennorrhoe leisten sie das gleiche wie die anderen Antiblennorrhoika. Targesin verdient wegen seiner Reizlosigkeit, die wohl auf seiner gefäßverengenden Wirkung und dem Fehlen der eiweißfällenden Komponente beruht, den Vorzug vor Reargon. Hinzukommt, daß Targesin den Urin rasch aufhellt; die Sekretion frühzeitig herabsetzt und in Lösung lange haltbar ist. Reargon dagegen ruft in einzelnen Fällen Reizungen, Blutungen hervor und verursacht bei ambulanter Behandlung verschiedentlich Komplikationen. Endoskopiert man Patienten, die mehrere Stunden oder am Abend vorher mit Reargon oder Targesin behandelt sind, so findet man reichliche Überreste des Mittels. Aus den Öffnungen der urethralen Drüsen hängen die Präparate in Form von Fäden heraus, oder sie sind in längeren Streifen aus ihnen ausdrückbar. Die Schleimhaut macht speziell bei Targesin einen wenig entzündeten und reizlosen Eindruck.
F. Harry-Wiesbaden.

Steinbildung bei Reargonbehandlung, von L. Lissner, Chir. Abt. Städt. Krkhs. Neukölln. (D. m. W., 1924, Nr. 42, S. 1447.) Der 24jähr. Pat. klagte am nächsten Morgen nach einer Reargonspülung der Pars posterior (6 ccm der 5%igen Lösung) über Schmerzen beim Urinlassen, die im Laufe des Tages sich steigerten und anfallsweise auftraten. Am Abend und am Morgen des nächsten Tages entleerte Pat. mit dem Urinstrahl zwei walzenförmige, über 1 cm lange und 4 mm breite Steine. Die Untersuchung der Steine ergab, daß es sich um einen Reargonniederschlag handelte. Bei der Nachprüfung in vitro stellte es sich heraus, das saurer Urin Reargon ausfällt.
F. Harry-Wiesbaden.

Beitrag zur Gonorrhoetherapie mit Reargon, von R. Weiskopf-Kladno. (M. m. W., 1924, Nr. 34, S. 1187.) Empfehlung des Mittels auf Grund günstiger Beobachtungen. Doch ist die Zahl der Rückfälle nach scheinbarem Schwinden der Gonokokken bei frischem Tripper auch bei diesem Verf. nicht klein gewesen.
A. v. Notthafft-München.

Über das Reargon als Antiseptikum, von L. Zakarias. (M. Kl., 1924, Nr. 47, S. 1659.) Reargon ist kein Tiefenantiseptikum und kann keinen wesentlichen Erfolg in der Behandlung der fortgeschrittenen Blennorrhoe haben. Es ist ein gutes Abortivmittel.
E. Levin-Berlin.

Röntgentherapie der Bartholinitis gonorrhoica, von H. Sieber, Privatfrauenkl. Stuttgart. (Zbl. f. Gyn., 1924, Nr. 39, S. 2126.) Mitteilung eines einzigen Falles von isolierter, einseitiger Bartholinitis, bei dem nach zweimaliger Röntgenbestrahlung trotz Provokation mittels Arthigon Gonokokken nicht mehr nachweisbar waren.
F. Landauer-Berlin.

Über Schieferöl zur lokalen Behandlung der gonorrhoischen Epididymitis, von H. Holzamer, Univ.-Hautkl. Frankfurt a. M. (M. m. W., 1924, Nr. 36, S. 1239.) Das Öl stammt aus dem Posidonienschiefer der Rauhen Alb. Es wird wie Ichthyol behandelt. Die Erfolge von Einstreichungen und Umschlägen bei Epididymitis waren hinsichtlich Unterdrückung des Schmerzes und Rückbildung der Infiltrate sowie Ausbleiben von Hautreizungen sehr günstig. A. v. Notthafft-München.

Zur Behandlung der blennorrhoischen Epididymitis, von Sirota. (Wratschebnaja Gaseta, 1924, Jg. 28, Nr. 19—20.) Verf. ist sehr befriedigt von den von A. Joseph empfohlenen Injektionen von physiologischer Kochsalzlösung in den Raum zwischen Tunica

Digitized by Google

vaginalis communis und Tunica vaginalis propria bei blennorrhoischer Epididymitis. Vorbedingung ist aber die richtige technische Ausführung. A. Jordan-Moskau.

Die Behandlung der Epididymitis mit Milch, von Golschmied. (Wratschebnaja Gaseta, 1924, Jg. 28. Nr. 19—20.) Die Milchbehandlung wird ohne lokale Mittel mit Erfolg bei blennorrhoischer Epididymitis und Funikulitis angewandt. Es kann entfettete, käufliche Milch benutzt werden, wobei infolge des Fehlens von Nebenerscheinungen nach gründlichem Kochen der angewandten Milch, diese Behandlung sich auch für die ambulante Praxis eignet. Die Blennorrhoe selbst wird nicht beeinflußt.

A. Jordan-Moskau.

Zur Frühgeschichte der Bougiebehandlung, von F. Lejeune. (D. m. W., 1924, Nr. 42. S. 1450.) Nach Angaben von Amatus Lusitanus um 1541 soll der spanische Professor Alderete aus Salamanca der Erfinder der Bougiebehandlung gewesen sein und nicht, wie es bisher hieß, der Lissaboner Wundarzt Philipp. Von letzterem soll der Leibarzt Philipp II., Francisco Diaz, die Methode gelernt haben. Die erste Veröffentlichung über Bougiebehandlung stammt von Amatus, die erste wissenschaftliche, auf eigenen Erfahrungen beruhende Arbeit vom Leibarzt Karl V., Andrés à Laguna, mit dem Titel: „Methodus cognoscendi exstirpandique excrescentes in vesicae collo curunculas". Laguna benutzt die Sonden (Candelillas) zu diagnostischen Zwecken und zur Dehnung. Der neapolitanische Arzt Alphonso Ferri berichtet in seiner 1552 erschienenen Arbeit über Dehnung mit Sonden und mit erweichenden Injektionen. Gegen diese Behandlungsmethode Ferris wandte sich Amatus. 1588 erschien das Werk Francisco Diaz' über „Neuabhandlung über alle Krankheiten der Niere, der Blase und der Neubildungen in Blase und Harnröhre". Die Therapie bestand aus medikamentösen, dehnenden und blutigen Maßnahmen. Letztere wurden mit einem in einer silbernen Hülse laufenden Skalpell, mit dem der Narbenring durchtrennt wurde, ausgeführt. Im 17. Jahrhundert wurde die Behandlung mit Sonden allgemein eingeführt. Da die Methode spanischen Ursprungs ist und die Benennung „Bougiebehandlung" den Eindruck erweckt, als stamme die erste Idee zur Konstruktion aus Frankreich, schlägt Verf. die Bezeichnung „Dehnsonde" und „Dehnsondenbehandlung" vor. F. Harry-Wiesbaden.

Urogenitalapparat.

a. Allgemeines.

Selbstbeschädigung der Haut- und Geschlechtsorgane bei Soldaten, zugleich ein Beitrag zur Simulation von Haut- und Geschlechtskrankheiten IV, von O. Sachs. (W. m. W., 1924, Nr. 36, S. 1860.) Es sind zwei Arten der Selbstbeschädigungen zu unterscheiden. Erstens jene, bei denen bei artifizieller Erzeugung der Blennorrhoe Gonokokken von einer Person auf die andere mit einem Hölzchen oder anderen Instrumenten überimpft wurden, oder wo die Selbstbeschädiger mit sicher infizierten weiblichen Personen geschlechtlich verkehrten. Die zweite Gruppe stellt jene dar, die sich zur künstlichen Erzeugung von Ausfluß oder Syphilis ätzende und Ulzerationen erzeugende Mittel in die Harnröhre injizierten oder auf resp. unter die Haut brachten. Bei diesen letzteren hängt die Prognose von der Ausdehnung und dem Sitz der Veränderung ab, da unter Umständen z. B. in der Harnröhre schwere Stenosierungen erzeugt wurden. Andererseits können artifizielle Ulzerationen besonders am Penis sehr tief gehen und das Corpus cavernosum angreifen. Therapeutisch können leichtere Affektionen durch indifferente Behandlung mit Salben oder antiphlogistischen Umschlägen beseitigt werden, bei ausgedehnteren Verätzungen oder Verbrennungen kommen vielfach nur chirurgische Maßnahmen in Frage.

E. Langer-Berlin.

Über die Entwicklung der Keimdrüsen, von A. Fischel. (W. m. W., 1924, Nr. 43, S. 2225.) Übersichtsreferat über die Entwicklung der Keimdrüsen, insbesondere der Geschlechtszellen. E. Langer-Berlin.

Über den Antagonismus der Geschlechtsdrüsen und seine Bedeutung für die Pathologie, von A. Lipschütz, Phys. Inst. Dorpat. (Kl. W., 1924, Nr. 42, S. 1903.) Zwischen Ovarien und Testikeln bestehen antagonistische Beziehungen, deren Ursache noch nicht völlig geklärt ist. Beim männlichen Meerschweinchen kommt ein ovarielles Transplantat, das operativ nach einer besonderen Versuchsanordnung in die Nieren eingepflanzt wird, nicht zu einer Wirksamkeit, so lange beide Hoden als vollständig funktionstüchtig vorhanden sind. Ein schon monatelang vorhandenes wirkungsloses ovarielles Transplantat wird aber innerhalb weniger Tage manifest, wenn die Testikel entfernt

Digitized by Google

werden, sog. „Entriegelungsversuch". Sonst kann bei Gegenwart beider funktionstüchtiger Hoden das ovarielle Transplantat erhalten bleiben und auch histologisch einem normal wirksamen Ovarium gleichen, ohne selbst eine hormonale Tätigkeit zu entfalten. Wird aber die hormonale Hodenfunktion der Spermatogenese irgendwie mehr oder weniger geschädigt, so entwickelt das intrarenale Transplantat sofort seine Hormonwirkung. In fast 100% der operierten Fälle konnte Verf. so bei männlichen Meerschweinchen einen positiven weiblichen hormonalen Effekt erzielen. Finden sich zwei funktionstüchtige Ovarien, so kann ein Testikelfragment auch Spermatozoen enthalten. Unter solchen Umständen ist ein Testikelfragment in einem Falle wirksam, im anderen nicht, dagegen ist es stets wirksam bei Abwesenheit der Ovarien. Es ist sehr fraglich, ob hier ein geschlechtsspezifischer Antagonismus vorliegt. Unwahrscheinlich ist, daß es sich um eine gegenseitige Hemmung in der Hormonproduktion handelt oder um eine Neutralisierung der andersgeschlechtlichen Hormone. Vielleicht „wird die Reaktionsfähigkeit des somatischen Substrats auf die Hormone des einen Geschlechts durch die Gonade des anderen Geschlechts aufgehoben". E. Langer-Berlin.

Fortschritte in den urologischen Untersuchungsmethoden, von A. Lewin-Berlin. (Kl. W., 1924, Nr. 40, S. 1821.) In einem für praktische Ärzte zu Fortbildungszwecken gedachten Aufsatz gibt Verf. eine kurze Gesamtübersicht über die Indikationen und Methoden der urologischen Untersuchungsmethoden, soweit sie für die Praxis als voll verwertbar anzusehen sind. Für den Spezialisten nichts Neues. E. Langer-Berlin.

Sonnenbehandlung der Urogenitaltuberkulose (Heliotherapy in the Treatment of Genito-Urinary Tuberculosis), von N. A. Myll-Denver. (J. Am. m. Ass., 1924, Bd. 83, Nr. 23, S. 1834.) Die Urogenitaltuberkulose ist eine lokale Teilerscheinung einer allgemeinen Tuberkulose. Aus diesem Grunde wird eine Lokalbehandlung der erkrankten Organe abgelehnt und die Heliotherapie, auch der chirurgischen Behandlung gegenüber, als einzig rationelle Behandlungsweise angewandt. Die mitgeteilten Erfahrungen sind günstig. O. A. Schwarz-Berlin.

Diathermie (Diathermy), von H. W. E. Walther und C. L. Peacock-New Orleans. (J. Am. m. Ass., 1924, Bd. 83, Nr. 15, S. 1142.) Die Verff. berichten über 73 urologische Fälle, die sie mittels Diathermie behandelten, wobei unter Diathermie einerseits Thermopenetration, andererseits Elektrokoagulation verstanden wird. Mit letzterer Methode sind Fälle von Blasentumoren, Urethralgeschwülsten und Neoplasmen des äußeren Genitales behandelt worden. Die Erfolge waren befriedigend. Mit Thermopenetration sind Fälle von Epididymitis, Enzervizitis und Arthritis blennorrhoica behandelt. Während das Material der beiden letztgenannten Krankheiten zu gering ist, um daraus definitive Schlüsse ziehen zu können, reagierten die 25 blennorrhoischen Epididymitiden bis auf einen Fall, bei dem der Mißerfolg einer schlechten Technik zur Last gelegt wird, insgesamt prompt auf diese Therapie. F. M. Peter-Hamburg.

Tutokain in der Urologie, von B. Frisch, Urol. Abt. Allg. Poliklinik Wien. (W. kl. W., 1924, Nr. 35, S. 851.) B. Frisch bestätigt die guten Resultate des Tutokains bei der Infiltrationsanästhesie und hebt besonders die ausgezeichnete Wirkung bei Blasenanästhesie (er ließ eine 5%ige Lösung 15 Min. einwirken) hervor. F. M. Peter-Hamburg.

Buccotropin, ein neues Kombinationspräparat in der Urologie, von W. Karo-Berlin. (M. Kl., 1924, Nr. 44, S. 1542—1543.) Das Präparat enthält Extrakt Bukko, Hexamethylentetramin, Natriumsalizylat, Natr. benzoic., Monobromkampfer. Darin wirkt besonders Natr. benzoic. desinfizierend (Koliinfektion, Zystitis, Pyelitis), Monobromkampfer gegen lästige Erektionen, gesteigerte Libido bei akuter Blennorrhoe. Als Ergänzung stellt Buccosan einen wirksamen Tee dar, der als Ersatz für Mineralwasserkuren dienen kann. E. Levin-Berlin.

Vereinheitlichung der endoskopischen Kabel („Enduni-Kabel"), von G. Praetorius-Hannover. (M. m. W., 1924, Nr. 15, S. 475.) Trennung der Kontaktzangen oder Griffe vom eigentlichen Kabel. Gleichartige Kontaktstifte an allen Sorten von Griffen, über welche gleichartigen Kontakthülsen gestülpt werden. Firma C. G. Heynemann, Leipzig, bringt das Endoskopische Universal-Kabel = Enduni-Kabel in den Handel. Jedes Kabel kann in ein Enduni-Kabel umgearbeitet werden. A. v. Notthafft-München.

Zeittafelmuster für urologische und syphilitische Fälle (History Charts for Cases in Urology and Syphilology), von V. C. Pedersen-New York. (J. of Urol., 1924, Bd. 12, Nr. 3, S. 279.) Verf. stellt Schemata und Zeittafeln zusammen, in die die Resultate der einzelnen Untersuchungen der urologischen und syphilitischen Erkrankungen eingetragen werden sollen, damit keine Untersuchung vergessen wird. Sonst nichts Neues. A. Rosenburg-Mannheim.

Digitized by Google

b. Penis, Urethra, Blase.

Über den Faszienknochen der Tunica albuginea penis, des sog. Os penis, von Sh. Furuta, Path. Inst. Rud.-Virch.-Krkhs. Berlin. (Virch. Arch., 1924, Bd. 252, H. 2/3, S. 427.) Der Befund einer knochenharten Einlagerung in der Wurzel des Penis eines 74jähr. Mannes gibt dem Verf. Anlaß, sich mit diesem seltenen Befund eingehender zu beschäftigen und etwaige Beziehungen zu dem Os penis gewisser Säugetiere zu erörtern. Hinsichtlich der Lage dieser sogenannten Penisknochen ist zu erwähnen, daß sie sich im Penisschaft oder in der Peniswurzel finden, unter Bevorzugung der dorsalen Seite. Der häufigste Sitz ist die Tunica albuginea oder die Fascia penis; die hier befindlichen Knochen sind größer als die echten Penisknochen der Affen und Karnivoren. Auch die Form ähnelt in keiner Weise der der tierischen Penisknochen. Sie passen sich der Form des Penis ganz und gar nicht an und führen meist zu Störungen der Funktion. Aus diesen Gründen ist die Auffassung der im menschlichen Penis in seltenen Fällen anzutreffenden Knochen als einer atavistischen Bildung abzulehnen. Sie finden sich gewöhnlich bei Männern zwischen 42 und 74 Jahren, wenn auch ihr Beginn weiter zurück zu datieren sein dürfte. Die mikroskopische Untersuchung von unentkalkten Stückchen des Knochens im vorliegenden Fall hat die Abwesenheit von Osteoblasten und Osteoklasten ergeben, ebenso fanden sich nirgends osteoide Säume. Es handelt sich vielmehr in Übereinstimmung mit den Befunden Franzenhains um eine fibroblastische Knochenneubildung. Durch fortschreitende Verkalkungs- und Verknocherungsherde könnte schließlich der ganze fibröse Mantel der Tunica albuginea in eine vollständige Knochenröhre um die Schwellkörper verwandelt werden. Hinsichtlich der Ätiologie der Knochenbildung in dem Falle des Verf. werden entzündliche Vorgänge abgelehnt. Es wird vielmehr mit allem Vorbehalt auf das Zusammentreffen der Knochenbildung in der Tunica albuginea mit einer schweren Sklerose und Verkalkung der Arteria dorsal. penis hingewiesen. E. Fraenkel-Hamburg.

Über das sogenannte Os penis, von M. Jacoby, Path. Inst. Rud.-Virch.-Krkhs. Berlin. (Zschr. f. urol. Chir., 1924, Bd. 16, H. 3/4, S. 102.) Der sogenannte Penisknochen wurde stets als Endprodukt der Kavernitis, des Gumma oder der Induratio penis plastica angesehen. In den bisher beschriebenen 200 Fällen kam es nur in etwa 10% der Fälle zu Knochenbildungen. Verf. bringt nun eine ausführliche Darstellung der tierischen physiologischen Penisknochen, von denen er die von mehreren Affen (Orang-Utan, Makakus, Pavian, Kapuzineraffe, Schimpanse) sowie die von Hunden, Wölfen, Bären, ja sogar Walroß und Walfisch durch Abbildungen demonstriert. Diese Penisknochen sind sehr verschieden, aber bei den einzelnen Arten stets gleich in Gestalt und Größe. Gegenüber dieser Gleichmäßigkeit war die Verschiedenheit der beim Menschen beobachteten Penisknochen auffallend. Besonders interessant aber waren die bei den Affen, besonders den Schimpansen beobachteten Penisknochen, um atavistische Faktoren ausschließen zu können. Verf. sah bei einem Manne zwei längsgerichtete Penisknochen, die nahe der Peniswurzel in der Tunica albuginea lagen, ohne in das subfaziale noch in das kavernöse Gewebe hineinzuragen, Wachtumsvorgänge, auch entfernt vom Knochen, etwas, was man beim tierischen Penisknochen niemals sah, so daß es sich dabei also nach Ansicht des Verf. um metaplastische Umwandlungen und nicht um atavistische Reste handelte. Auch handelte es sich beim Menschen stets, wie auch hier, um Gebilde der Tunica albuginea, die an der Peniswurzel liegen. Osteoblasten oder Osteoklasten wurden ebenso wie eine Zellwucherung beim Menschen niemals gefunden. Die Knochenbildung entsteht, wie Verf. zeigt, an den Schmalseiten der beiden Knochenplatten und entfernt von diesen, und zwar durch streifige und häufchenförmige Niederschläge von Kalkkörnchen zwischen den Faserbündeln der fibrösen Tunika. Die Kalkkrümelchen fließen dann zu einer homogenen Masse zusammen und bilden mit den Bindegewebsfasern metaplastisch Knochen, wobei die Bindegewebszellen zu Knochenkörperchen werden. Dagegen sind die Penisknochen des Tieres periostal-osteoplastische Bildungen von ganz bestimmter Form und Größe für jede Tierart und zeigen nur bei jugendlichen Tieren Wachstumsvorgänge. Auch sind die Penisknochen des Tieres stets in der Mitte des Glans vor dem Schwellgewebe des Penis und bildet so gewissermaßen die knöchere Fortsetzung des Septums, wird daher auch Os glandis genannt.

A. Rosenburg-Mannheim.

Klinisch-radiologische Mitteilung über einen Fall von Induratio plastica penis (Nota clinico-radiologica sopra un caso di placca sclerotica del pene), von T. Guerrini-Bologna. (Il Policlinico, 1924, H. 37.) Fall von Kalkablagerungen in einem Fall von Induratio plastica penis. Radiologischer Nachweis. E. Freund-Triest.

Digitized by Google

Über Operationen an der Vorhaut, von E. Schepelmann, Evang. Krankenhaus Hamborn a. Rh. (Zschr. f. urol. Chir., 1924, Bd. 16, H. 3/4, S. 121.) Verf. gibt eine neue Methode an, um die durch die einfache Dorsalinzision hervorgerufene „Schürzenbildung" wieder zu korrigieren. Er präpariert das äußere Blatt vom inneren ab und vernäht dann die Schnittwunde der gedehnten Blätter einzeln miteinander. Durch die Dehnung sollen dann die Blätter genügend Raum zum Vor- und Zurückschieben der Glans bieten. Verf. operiert die Phimose selbst durch zwei getrennte Längsschnitte, den ersten nur durch das innere, den zweiten nur durch das äußere Blatt, und vernäht dann. A. Rosenburg-Mannheim.

Eine neue Methode der Phimosenoperation, von N. Feygin-Moskau. (Zbl. f. Chir., 1924, Nr. 35, S. 1902.) Spaltung des äußeren Vorhautblattes mittels Raquetteschnitts. Danach wird es von dem inneren Blatt abpräpariert und auf das Corpus penis zurückgeschlagen. Danach Spaltung des inneren Blattes, gleichfalls mit Raquetteschnitt, und auch Zurückklappen auf das Korpus. Hierdurch verschiebt sich das äußere Blatt dorsal, das innere ventral, und nun werden die Wundränder in der neuen Lage vereinigt. E. Landauer-Berlin.

Über Frühbehandlung der kindlichen Phimose, von Kurt Ochsenius-Chemnitz. (M. Kl., 1924, Nr. 43, S. 1501—1502.) Ein Eingreifen ist vor dem Alter von $^3/_4$ Jahren kontraindiziert, da bis dahin das normaler Weise lange Präputium meist erweitert ist. Zu dem genannten Zeitpunkt kommt ein Eingreifen in Betracht, wenn das Kind nicht in kontinuierlichem Strahle, sondern in Absätzen uriniert. Zunächst ist die manuelle Dehnung zu versuchen, ohne Anwendung von Gewalt, Lösung der Verklebungen, Auswischen der Smegmaansammlungen, Einträufeln von Karbolöl, $^1/_2$%ig. Das Verfahren muß mehrmals wiederholt werden und kann später den Eltern, die dazu angelernt werden, überlassen werden. Falls das Verfahren versagt, ist im zweiten Lebensjahre die Zirkumzision vorzunehmen. E. Levin-Berlin.

Das Peniskarzinom mit Vorstellung eines Falles ein Jahr nach der Radikaloperation (Carcinoma of the Penis. (Exhibition of a Case One Year after Radical Operation), von C. K. Smith-Kansas City, Missouri. (J. of Urol., 1924, Bd. 12, Nr. 1, S. 83 bis 88.) 70jähr. Mann bekam 18 Monate vor der Operation eine warzenähnliche Affektion auf dem Rücken der Eichel nahe der Kranzfurche, nachdem schon jahrelang vorher auf der Glans Reizung und Bildung von Auswüchsen bestanden hatten. Schließlich war fast die ganze Eichel von dem Tumor eingenommen, der zuweilen exulzerierte. Keine Leistendrüsenmetastasen. Da diese aber erst nach der Exstirpation mit Sicherheit ausgeschlossen werden können, wurde die Radikalexstirpation nach Cunningham vorgenommen: Entfernung des Penis einschließlich seines Dammteiles sowie des Fettgewebes und der Lymphknoten des Unterbauches und der Leistengegend, Bildung einer Harnröhrenmündung am Damm, nachdem das Skrotum unter Fortschneiden der störenden Hautteile möglichst weit nach vorn und oben gezogen ist. Die Hoden und Samenstränge bleiben erhalten und dadurch ein gewisses, dem Pat. genügendes Erektionsgefühl. Eine sich 3 Wochen nach der Operation einstellende Störung des seelischen Gleichgewichtes schwand nach 5 Wochen. Wegen Fehlens der Metastasen keine postoperative Bestrahlung. Bisher eine Gewichtszunahme von fast 10 kg.
E. Tschuschke-Berlin-Steglitz.

Über die Lokalanästhesie der Harnröhre (Local Anesthesia for the Urethra), von B. Lewis-St. Louis. (J. of. Urol., 1924, Bd. 12, Nr. 5, S. 527.) Die Pars anterior der Harnröhre ist leicht zu anästhesieren, wenn man die Anästhesielösung mit Luft vermischt einspritzt. Schwerer ist es schon, die Pars posterior zu anästhesieren, da die Flüssigkeit entweder in die Blase oder in die vordere Harnröhre abläuft. Andere Verff. haben in drei Sitzungen erst die Pars anterior, dann die Pars posterior und zuletzt die Blase anästhesiert, aber dazu 16—23 ccm einer 4%igen Kokainlösung benutzt; ein Wunder, daß nicht noch mehr Todesfälle eintraten! Verf. ging nun dazu über, mit einem ausgehöhlten, vorne offenen Katheter, der eine obturierende Sonde hatte, Tabletten in die hintere Harnröhre zu schieben, die dort sich dann lösen sollten. Es wurde Novokain, Alypin, auch Kokain mit gutem Erfolg angewandt, und zwar in 1%iger Verdünnung.
A. Rosenburg-Mannheim.

Blutungen aus Prostata und Harnröhre (Hematuria of Prostatic and Urethral Origin), von W. H. McNeill-New York. (J. Am. m. Ass., 1924, Bd. 83, Nr. 18, S. 1395.) Die Arbeit ist ein kurzes Sammelreferat über Ursachen einer Blutung aus Harnröhre oder Prostata (und Samenblasen). Für die Harnröhre kommen hauptsächlich Entzündungen, Strikturen, Fremdkörper, Traumen und Tumoren in Frage, für die Prostata in

Digitized by Google

erster Linie Prostatitis, Tumoren und selten Abszesse. Die Steinbildung in Harnröhre und Prostata muß als Ursache immer erwogen werden. — Eine Diagnose ist in vielen Fällen nur urethroskopisch resp. zystoskopisch zu stellen, manchmal unter Hinzuziehung von Röntgenaufnahmen. Die Therapie ist von der Ursache der Blutung abhängig und wird ohne Anführung neuer Gesichtspunkte nur kurz besprochen.
O. A. Schwarz-Berlin.

Entzündung des Trigonum als eine Ursache der Reizblase (Trigonitis as a Cause of Irritable Bladder), von T. E. Hammond-Cardiff. (Lancet, 1924, Nr. 5287, S. 1334.) Die Entzündung im Trigonum der Blase kann bei kaum erheblichem Urinbefund starke Miktionsstörungen unter dem quälenden Bild der „Reizblase" hervorrufen. Die Diagnose muß zystoskopisch gesichert werden. Man sieht dabei eine starke Hyperämie der Schleimhaut des Trigonum ohne sonstige Veränderungen in der Blase; auch die Beckenorgane weisen keinen organischen Befund auf. Die sonst in der Behandlung der chronischen Zystitis üblichen Medikamente versagen in diesen Fällen. Verf. hat Diathermie des Trigonum mit bestem Erfolge angewandt, indem die aktive Elektrode durch ein Brown-Bürgersches Zysto-Urethroskop eingeführt wurde. O. A. Schwarz-Berlin.

Harnröhrensteine von ungewöhnlicher Größe (Urethral Stone of Unusual Size), von J. Clay. (Lancet, 1924, Bd. 207, Nr. 5280, S. 961.) Pat. hatte vor 27 Jahren eine Beckenfraktur und Blasen- und Harnröhrenruptur erlitten. April v. J. begann er an schwerer Dysurie zu leiden mit Hodenanschwellung usw. Drei Tage später wurde Cystotomia suprapubica ausgeführt; es konnte aber kein Instrument durch die Harnröhre durchgeführt werden. Nach weiteren 14 Tagen gelang es unter Narkose, deutliche Krepitation in der Anschwellung des Perinäums zu fühlen; es wurde daraufhin ein Einschnitt gemacht und ein Stein von etwa $2 : 1^1/_2$ cm Durchmesser entfernt. Distal von der Stelle, wo der Stein in der Harnröhre lag, war ein sehr feiner, durch eine kurze Striktur führender Kanal; nach Trennung der Striktur wurde ein Silberkatheter in die Blase eingeführt und befestigt. Die Heilung erfolgte nun glatt und ohne Störung. Auffallend und bemerkenswert ist neben der Größe des Steines der Umstand, daß derselbe wohl jahrelang ebenso wie die Striktur bestanden hat, ohne daß Pat. im Befinden wie in seiner Beschäftigung gestört war. M. Stern-München.

Zur Therapie der Harnröhrenstriktur, von R. Bachrach. (W. m. W., 1924, Nr. 47, S. 2453.) Verf. empfiehlt bei der unkomplizierten Striktur der Harnröhre zunächst von operativen Eingriffen abzusehen. Das Mittel der Wahl ist hier die langsame Dilatation, die man jeden zweiten Tag in steigender Sondenstärke vornimmt. Auf diese Weise kann man bei den meisten postblennorrhoischen Strikturen recht schnell zum Ziel gelangen. Geschieht dieses nicht und kommt man mit der langsamen Dilatation nicht vorwärts, so ist die wertvollste Operationsmethode die interne Urethrotomie. Bei starker Eiterung infolge der Striktur oder bei Fistelbildung empfiehlt sich in vielen Fällen zunächst eine Ruhigstellung der Harnröhre durch Anlegung einer suprapubischen Fistel. E. Langer-Berlin.

Über Blasenblutungen (Hematuria of Bladder Origin), von B. A. Thomas-Philadelphia. (J. Am. m. Ass., 1924, Bd. 83, Nr. 18, S. 1392.) Die Arbeit gipfelt in der — schon von Nitze eindringlich erhobenen — Forderung an die praktischen Ärzte, jeden Fall von Hämaturie sofort urologisch untersuchen zu lassen und nicht irgend eine konservative oder palliative Behandlung einzuleiten. Hierdurch wird oft kostbare Zeit verloren, und die schließlich ausgeführte Fachuntersuchung deckt einen nicht mehr heilbaren Zustand auf, der unter Umständen bei rechtzeitig angestellter Zystoskopie chirurgisch mit Erfolg hätte behandelt werden können. Die modernen urologischen Untersuchungsmethoden ermöglichen fast immer eine exakte Diagnosestellung, so daß die leider noch manchmal gestellte Diagnose „essentielle Hämaturie" als Verlegenheitsdiagnose gelten muß. Die verschiedenen Ursachen einer Blasenblutung sind in einer übersichtlichen Tabelle zusammengestellt, welche im Original nachgelesen werden muß. Hier seien die Hauptgruppen genannt: Blutkrankheiten, Trauma, Harnstauung, Blasenmißbildungen, Steine, Fremdkörper, Entzündung, Tuberkulose, Syphilis, Tumoren.
O. A. Schwarz-Berlin.

Eine neue Methode zur allmählichen Entleerung der Harnblase in Fällen von hochgradiger Retention (A New Method for Gradual Decompression of the Bladder in Cases of Massive Retention), von J. H. Cunningham-Boston. (J. of Urology, 1924, Bd. 12, Nr. 4, S. 347.) Die Störungen, die durch plötzliches vollständiges Ablassen der gestauten Blase entstehen, sind, wie bekannt, Blutungen aus Blase und Niere, erhöhte Albuminurie usw. Verf. hat nun einen Apparat mit Manometer beschrieben, der

Digitized by Google

das Ablesen der graduellen Entleerung der Blase ermöglicht. Vor dem Manometer befindet sich ein Quetschhahn, der je nach der Schnelligkeit, mit der der Druck fällt, mehr geöffnet oder mehr geschlossen werden kann. A. Rosenburg-Mannheim.

Über Blasenrupturen (Rupture of the Urinary Bladder), von A. H. Crosbie-Boston. (J. of Urol., 1924, Bd. 12, Nr. 4, S. 431.) Verf. betont, daß 1. in allen Fällen von Blasenruptur die Blase sofort durch eine suprapubische breite Blasenfistel drainiert werden müsse, einerlei, ob es sich um eine extra- oder intraperitonale Ruptur handele. 2., daß es nicht notwendig sei, die Bauchhöhle auszuwaschen, selbst in Fällen von intraperitonealer Blasenruptur und 3., daß es nicht nötig sei, nachzusehen, wo der Riß in der Blase liegt. Durch einen eingelegten dicken Gummikatheter wird der Urin als Stelle des geringsten Widerstandes herausfließen. Wenn der Riß nicht zu groß und die Ränder nicht zu weit entfernt sind, wird der Riß von selbst wieder verkleben. Die spontanen Blasenrupturen sind sehr selten und kommen nur bei schweren Erkrankungen der Blase oder bei bewußtlosen, meist vergifteten Menschen vor; die traumatischen sind häufiger, denn es bedarf keiner zu großen Gewalt, um eine überdehnte Blase zum Platzen zu bringen. Bei jedem Beckenbruch soll man sofort katheterisieren und wenn sich Anzeichen für eine Blasenruptur finden, sofort die Sectio alta anschließen. Deshalb soll die Sectio alta selbst bei intraperitonealen Blasenrupturen der Laparotomie vorgenommen werden. Ob der Riß genäht werden muß und soll, ist eine Streitfrage; Verf. hält dieses nur in den Fällen, die weit klaffen, für nötig. Sehr wichtig ist es, den Pat. richtig zu lagern, und zwar in der sog. Fowlerschen Lage, d. h. Becken tief. A. Rosenburg-Mannheim.

Blasendivertikel (Bladder Diverticula), von F. S. Schoonover-Texas. (J. Am. m. Ass., 1924, Bd. 83, Nr. 15, S. 1164.) Kurze Beschreibung einer Modifikation der Operationstechnik bei Entfernung von kleinen Blasendivertikeln. F. M. Peter-Hamburg.

Fremdkörper in der Blase (Foreign Bodies in Bladder), von S. P. Bond. (J. Am. m. Ass., 1924, Bd. 83, Nr. 15, S. 1163.) Bei einem Neger, der mit Krämpfen eingeliefert wurde und in dessen Urin man eines Morgens kleine Nägel fand, wurden bei der dann vorgenommenen Zystostomie zahlreiche Nägel, Schrauben wie auch Reißnägel und Glassplitter zutage gefördert. Bei der Autopsie fand man auch im Ileum derartige Fremdkörper und wurde neben ausgedehnten Verwachsungen auch eine Ileovesikalfistel festgestellt. Verf. ist der Ansicht, daß die diversen Fremdkörper per os eingeführt worden sind und erst sekundär in die Blase kamen. F. M. Peter-Hamburg.

Talg als Kern eines Blasensteines (Tallow as Nucleus in the Formation of Urinary Calculus), von J. F. Baldwin-Columbus. (J. of Urol., 1924, Bd. 12, Nr. 3, S. 293.) Verf. beobachtete eine junge Frau, die seit einer Reihe von Jahren Blasenbeschwerden hatte. Verf. untersuchte sie, fand aber nur Zeichen einer Zystitis und eine Retroflexio uteri. In Anästhesie zystoskopierte er vor der Operation erneut und fand nun einen mandelgroßen Stein, der für die Zystitis verantwortlich zu machen war. Verf. machte nun eine Inzision durch die vordere Scheidenwand und entfernte den Stein. Im durchschnittenen Stein fand Verf. als Kern des Steines Talg. Die Recherchen ergaben, daß Pat. auf Rat einer Nachbarin geschmolzenen Talg in die Blase injizierte, um so eine Heilung der Entzündung herbeizuführen, selbstverständlich ohne Erfolg. Die nachfolgende Korrektion der Retroflexio uteri brachte weitere Besserung. A. Rosenburg-Mannheim.

Ein Fall von Bilharziaerkrankung der Blase, von R. Th. Schwarzwald, Urol. Abt. Rothschildsp. Wien. (Zschr. f. urol. Chir., 1924, Bd. 16, H. 3/4, S. 117.) Beobachtung bei einem 21jähr. Galizier, der nach Palästina ausgewandert war und dort nach einem Bade in einem stehenden Wasser einen pustulösen Ausschlag bekam, der erst spät abheilte. Zwei Jahre später bemerkte er zum ersten Male nach der Miktion einen terminalen Blutstropfen, der immer mehr zunahm und zuletzt einer richtigen Hämaturie Platz machte. Im Urin reichlich Erythrozyten und charakteristische Eier, im zystoskopischen Bild Gruppen von beetartig vorspringenden Plaques mit düster geröteter Schleimhaut und opaken gelblich gefärbten hirsekorngroßen „Knötchen", jedes mit einem roten Hof. Einzelne Plaques zeigen einen an der Oberfläche haftenden Blutschorf. Therapie: Tartarus stibiatus. An zwölf aufeinander folgenden Tagen intravenöse Injektion von 0,03—0,1. Die Injektionen wurden ohne Beschwerden vertragen. Nach dieser Behandlung zeigte die Blase nur noch grauweiße Knötchen, sonst völlig normal. Diese knötchenartigen Flecke persistieren. A. Rosenburg-Mannheim.

Die Blase bei wegen Tuberkulose Nephrektomierten (La vessie des néphrectomisés pour tuberculose), von Léon Thévenot-Lyon. (Prog. méd., 1924, Nr. 44, S. 680 bis 681.) Die Erscheinungen von seiten der Blase gehen häufig nach der Nephrektomie nicht zurück. E. Levin-Berlin.

Digitized by Google

Maligne Blasentumoren (Malignancy of Bladder), von H. C. Bumpus-Rochester. (J. Am. m. Ass., 1924, Bd. 88, Nr. 15, S. 1138.) Bei jenen schweren Fällen von Blasentumoren, die für andere Arten der Behandlung keine Aussicht auf Heilung bieten, ist auch die Radiumbehandlung allein wenig erfolgversprechend. Dagegen ist Radium in Verbindung mit Fulguration und operativem Vorgehen sehr brauchbar, doch darf die Radiumbehandlung der chirurgischen Behandlung nicht vorausgehen, sondern muß ihr nachfolgen. Es sind 572 Fälle bearbeitet. F. M. Peter-Hamburg.

Über Enuresis (Certain Aspects of Enuresis), von S. Amberg-Rochester. (J. Am. m. Ass., 1924, Bd. 83, Nr. 17, S. 1300.) Zusammenfassender Bericht über Pathogenese, Klinik und Therapie der Enuresis. Verf. glaubt, daß nur durch die Aufklärung der komplizierten Harnentleerungsvorgänge in normalen und pathologischen Fällen Fortschritte in der Pathogenese und Therapie der Enuresis zu erwarten sind. Seine eigenen Untersuchungen, in Anlehnung an die von Weitz und Götz, brachten hinsichtlich des Blasendruckes und des Harndranges keine eindeutigen Ergebnisse. In einigen Fällen war der Harndrang begleitet von einer vorübergehenden Senkung des Blasendruckes, der eine sofortige Blasenkontraktion folgte. Verf. hatte bei der Behandlung der Enuresis mit Atropininjektionen häufig recht guten Erfolg, möchte aber die Suggestiv- und Übungsbehandlung nicht missen. R. Ley-Kreuznach.

Zur Röntgentherapie des Blasenpapilloms, von C. Schoenhof, Univ.-Frauenkl. Prag. (Zbl. f. Gyn., 1924, Nr. 47, S. 2576.) Bericht über einen einzigen Fall von Blasenpapillom, bei dem durch Röntgenbehandlung mit hohen Dosen Besserung erzielt wurde. Die Zystoskopie ließ keine Papillomknötchen mehr erkennen, der Harndrang und die Blutungen hörten bereits wenige Tage nach der ersten Bestrahlung auf. Ob es sich aber wirklich um eine Heilung handelt, d. h., daß der Fall rezidivfrei bleibt — wie Verf. hofft — wird erst die weitere Beobachtung ergeben. F. Landauer-Berlin.

Die Resorption örtlich betäubender Mittel von der Schleimhaut der Harnblase, von Y. Saito, Pharm. Inst. Univ. Königsberg. (Arch. f. exp. Path. u. Pharm., 1924, Bd. 102, H. 5/6, S. 367—381.) Genaue Daten über die Resorption der Lokalanästhetika durch die Blasenschleimhaut können nur gewonnen werden, wenn man die aus einer in die Blase eingefüllten Alkaloidlösung verschwundenen Mengen direkt bestimmt. Zu diesem Zweck wurden männlichen Kaninchen nach Unterbindung der Ureteren durch weichen Katheter Oberflächenanästhetika in die Harnblase gefüllt und ihre Menge und ihr Prozentgehalt bei der Einfüllung und drei Stunden danach maßanalytisch bestimmt. Aus titriertechnischen Gründen benutzte S. die Nitrate statt der therapeutisch üblichen salzsauren Alkaloide. Alypin wurde am schnellsten und stärksten mit 62% resorbiert, dann folgte Kokain mit 45% und in weitem Abstand Novokain mit nur noch 15% bei Verwendung von durchschnittlich 1,6%igen Lösungen. Die geringe anästhesierende Kraft des Novokains ist auf diese langsame Resorption, nicht auf stärkere Diffusion oder Verseifung des Mittels zurückzuführen. Für das Alypin konnte festgestellt werden, daß sich seine Resorption absolut parallel seiner Konzentration hält, daß sich aber an dem Verhältnis des Resorbierten zur Gesamtmenge bei Konzentrationsänderungen nichts ändert. Steigerung oder Verringerung des Kochsalzgehaltes des Lösungsmittels blieben ohne Einfluß auf die Alkaloidresorption. Strychnin wurde zu 38% aufgenommen und stundenlang in den Schleimhautzellen festgehalten. Nach Einfüllen einer hypotonischen NaCl-Lösung zeigte sich in ihr eine Abnahme des Wasser- und Zunahme des absoluten Kochsalzgehaltes, bei hypertonischen NaCl-Lösungen jedoch eine Abnahme des Salz- und Zunahme des Wassergehaltes, und zwar in der Weise, daß die Konzentrationsänderungen um so ausgeprägter waren, je mehr die Füllösung von der Isotonie, 0.9%, abwich. Wohl im Zusammenhange mit der Tatsache, daß Basen in Lipoiden leichter als Salze löslich sind, wurde Alypin 6—7mal und Kokain 3—4mal stärker in alkalischer ($p_H = 8$) als in saurer ($p_H = 4{,}5$) Lösung resorbiert.
E. Tschuschke-Berlin-Steglitz.

Zur Behandlung der Infektion der Harnwege mit Cylotropin, von K. Isaac-Krieger und G. Noack, I. Innere Abt. Rudolf-Virchow-Krkh. Berlin. (M. Kl., 1924, Nr. 44, S. 1546.) Bei Fällen von auf andere Weise erfolglos behandelter akuter Zystitis und Pyelitis gute Erfolge mit intravenösen Einspritzungen von 5 ccm Cylotropin 2—3 Tage hintereinander, dann weiter in Pausen von 4—5 Tagen. E. Levin-Berlin.

Die Verwendung des Psikains in der Urologie, von F. Völcker, Chir. Univ.-Kl. Halle. (M. m. W., 1924, Nr. 26, S. 851.) Das synthetisch hergestellte Psikain, eine Verbindung der Kokaingruppe, übertrifft die Kokainersatzpräparate an Wirksamkeit und ist

Digitized by Google

auch dem alten Kokain durch größere Wirksamkeit und geringere Giftigkeit überlegen. Zur Anästhesie der Urethra anterior genügten 5—10 ccm $^1/_5$—$^1/_4$%iger Lösung. Man kann aber ohne Gefahr bis zu 1% gehen. Harnblase: 100 ccm $^1/_5$—$^1/_4$%ige Lösung für 5—10 Minuten. Die Lösung ist kurz vor Gebrauch zu bereiten.

A. v. Notthafft-München.

Über Vitalfärbung der Blasenschleimhaut des Menschen mit Methylenblau, von G. Huber-Pestalozzi-Zürich. (Schweiz. m. W., 1924. Nr. 38, S. 865—869.) Technik: Nach gründlicher Blasenspülung Anfüllen mit 250—300 ccm 5%iger Methylenblaulösung für fünf Minuten, Entleerung, Nachspülen, Wiederanfüllen der Blase zwecks Zystoskopie. Diese ergab keine Färbung bei zwei männlichen völlig symptomlosen Blasen, dagegen trat solche auf bei sämtlichen 13 weiblichen (davon völlig gesunde, symptomlose 5, früher Zystitis, jetzt symptomlos 4, Cystitis chron. 3, Cystitis chron. in Heilung 1). Die Färbung betraf teils nur das Trigonum, teils auch angrenzende Blasenpartien. Es handelt sich dabei jedoch wahrscheinlich nicht um eine Vitalfärbung, sondern um eine Tinktion abgestorbener oder absterbender Zellen. Es kommen danach auch in zur Zeit gesunden intensive Epithelabstreifungen vor, die sich an dem unteren Blasensegment am intensivsten äußern, das einer besonders starken mechanischen Inanspruchnahme ausgesetzt ist.

E. Levin-Berlin.

Die Bedeutung der heutigen Zystoskopie für Arzt und Patienten (What the Cystoscopy of Today Means to Physician and Patient), von P. S. Pelouze-Philadelphia, Pa. (Med. J. and Record, 1924, Bd. 120, Nr. 7, S. 316—318.) An der Hand mehrerer Fälle wird die Bedeutung der Zystoskopie für die Diagnose und präoperative Aufklärung zahlreicher pathologischer Zustände des Urogenitalsystems dargelegt. Ursachen, aus denen die Zystoskopie bei Ärzten und Pat. noch nicht genügend gewürdigt wird.

E. Levin-Berlin.

Über die suprapubische Zystoskopie (Della cistoscopia sovrapubica), von E. Pirondini. (Arch. Ital. di Urol., 1924, Bd. 1, H. 1, S. 78—80.) Verf. empfiehlt für gewisse Fälle folgende Methode der Zystoskopie. Blasenöffnung durch suprapubischen Schnitt. Einführung des Zystoskops durch die Öffnung. Die Methode kann nur bei kontinuierlicher Irrigation ausgeführt werden und empfiehlt Verf. für diesen Zweck das Zystourethroskop von Buerger-Carthy oder von Brown-Buerger.

Ravasini-Triest.

c. Hoden, Samenbläschen, Prostata.

Über die Verkalkung der Prostata (Calcification of the Prostate), von D. W. MacKenzie und M. J. Seng-Quebec, Kanada. (J. of Urology, 1924, Bd. 12, Nr. 3, S. 243.) Verf. beobachtete bei einem 53jähr. Manne, der über Schwellung der linken Skrotumhälfte und Beschwerden beim Wasserlassen klagte, und einen hochgradigen gelben Ausfluß hatte, einen deutlichen Prostataschatten im Röntgenbild. Der linke Hoden war vergrößert, entzündet, schmerzhaft. Im Urin war stets Eiter, niemals Gonokokken. Es wurde dann ein Abszeß im linken Hoden inzidiert, der eine Ablatio des einen Hodens und Nebenhodens folgte, darauf Heilung. Die Diagnose lautete Tuberkulose des Nebenhodens und Hodens. Später wurde die Prostatektomie durchgeführt. Es fand sich nur die verkalkte Prostata, ohne jeden Drüsengeweberest. Die chemische Untersuchung zeigte 46,7% organische und 53,3% anorganische Bestandteile, davon 30,4% Kalzium- und 20,5% des Gesamtvolumengewichts Magnesiumphosphat. Der Rest mit 2% resp. 0,5% des Gesamtvolumengewichts bestand aus Natrium- und Kaliumphosphat. Die Tuberkulose mit sekundärer Infektion führte wohl zur Verkalkung.

A. Rosenburg-Mannheim.

Nachdruck (auch des Abschnittes „Tagesg. Nachr.") ist ohne Genehmigung des Verlegers nicht erlaubt.

Verantwortlich für die Redaktion: für Originalabhandlungen und T. N.: Prof. Dr. J. H. Rille, Leipzig. Für den Referatenteil: Dr. M. Unna, Hamburg-Bergedorf.

Digitized by Google

Dermatologische Wochenschrift

Nr. 17 (Bd. 80) 25. April 1925

Ein seltener Fall von im Anschluß an benigne fibromatöse Tumoren aufgetretener juveniler Form von Acanthosis nigricans mit histologischer Untersuchung.

Von

Dr. Menahem Hodara und Dr. Houloussi Behdjet.

Aus dem Französischen übersetzt von Dr. Ernst Levin in Berlin.

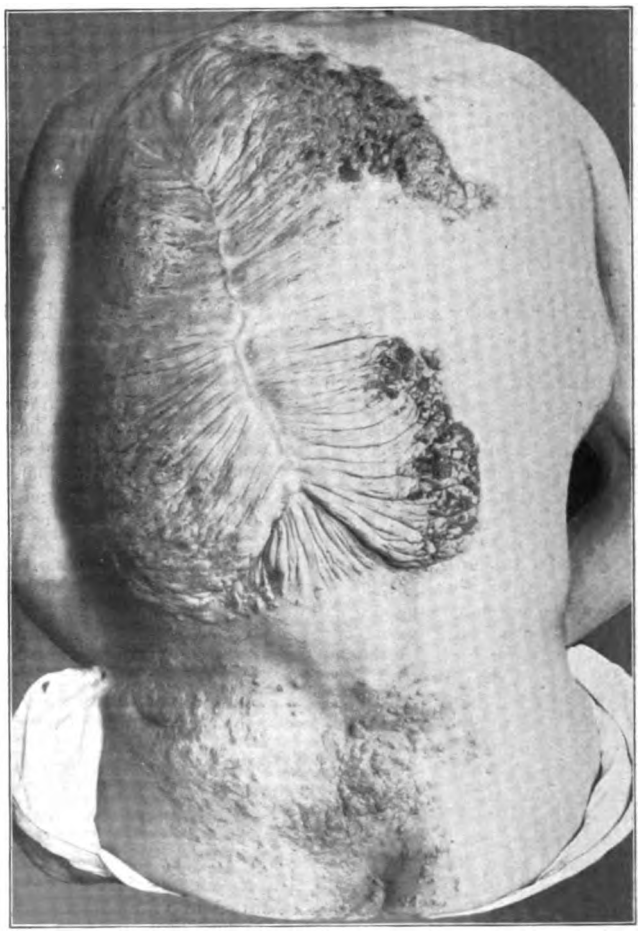
Mit 1 Abbildung im Text.

Da die juvenile Form der Acanthosis nigricans außerordentlich selten ist und überdies hier benigne fibromatöse Tumoren voraufgegangen waren, während es sich gewöhnlich um maligne Karzinomatöse handelt, schien es uns interessant, diesen Fall zu veröffentlichen. Der Kranke hatte sich zunächst dem einen von uns (Hodara) vorgestellt.

Es war ein junger Mann von 26 Jahren; im Alter von 10 Jahren waren bei ihm allmählich sechs Geschwülste aufgetreten, und im Alter von 13 Jahren begann die Entwicklung der Acanthosis nigricans. Bei der erstmaligen Vorstellung des Kranken im Alter von 26 Jahren fand man bei ihm am Nabel und rings um denselben herum einen rundlichen Fleck von Acanthosis nigricans von 3—4 cm Durchmesser und für diese Erkrankung charakteristischem Aussehen und Symptomen. Im Bereiche dieses Fleckes war die Oberfläche der Haut verdickt, runzelig, zottig, wie Eichenrinde aussehend; beim Darüberfahren fühlt sie sich geschmeidig, glatt, nicht schuppend an. Die Papillen springen unregelmäßig über die Oberfläche der Haut hervor, die einen mehr, die anderen weniger und bilden so einen papillomatösen Plaque. Die Pigmentierung dieses Fleckes von Acanthosis nigricans am Nabel ist von sehr intensiver schwarzer Färbung. Ferner findet man an der vorderen unteren Fläche des Abdomens zwei weitere analoge Flecke von Acanthosis nigricans von unregelmäßiger Form und einigen Zentimetern Ausdehnung, teils schmutzig oder dunkelbraun, teils schwärzlich oder schwarz pigmentiert. Die beiden Hinterbacken waren mit einer Eruption von Acanthosis nigricans bedeckt, stellenweise unter der Form zerstreuter Elemente, hauptsächlich jedoch als konfluierende Plaques oder Flächen von stellenweiser brauner, stellenweise dunkel schwärzlicher Färbung. Weiter sieht man in der Anal- und Perianalgegend einen Plaque von sehr charakteristischem zottigen, papillomatösen, schwarzen Aussehen und in gleicher Weise am Rücken verschiedene analoge Plaques. Wie bereits gesagt, erschienen in diesem Falle im Alter von 10 Jahren allmählich sechs Tumoren, die dem Ausbruche der Acanthosis nigricans um 3 Jahre voraufgingen und die bis jetzt, d. h. bis zu einem Alter des Kranken von 26 Jahren bestehen geblieben sind und sich an Zahl nicht vermehrt haben. Von ihnen sitzen gegenwärtig zwei am vorderen, mittleren Abschnitt des Abdomens; sie haben je ungefähr 4—5 cm Durchmesser, fühlen sich weich an und befinden sich ziemlich tief im Unterhautbindegewebe, während sie über die Oberfläche kaum hervorragen, die sie gleichmäßig hervorwölben. Am Rücken finden sich vier Tumoren, davon drei von ungefähr gleicher Größe und Aussehen wie die beiden am Abdomen; der vierte jedoch, der einen großen Teil des Rückens einnimmt, ist sehr umfangreich, ungefähr von der Größe des Kopfes eines Fötus, die Haut wie einen aufgeblähten Sack vorwölbend. Nirgends sieht man bei diesen Tumoren einen Teil quer durch die Haut vorspringend und sich gestielt über sie erhebend. Die Haut ist überall gleichmäßig erhaben. Nach Aussage des Kranken hatten sich die Tumoren, die im Alter von 10 Jahren aufgetreten waren, bis zum Alter von 15 Jahren stark vergrößert; besonders der eine von ihnen

Digitized by Google

am Rücken war ganz ungeheuer geworden. Zu dieser Zeit wurde der Kranke von dem Chirurgen Sgourdéos operiert, der alle sechs Tumoren des Abdomens und des Rückens entfernte; aber 8 Jahre später, im Alter von 23 Jahren, vergrößerten sie sich von neuem, besonders der eine von ihnen, der am Rücken, gewann denselben ungeheueren Umfang wie vorher. Der Chirurg Sgourdéos operierte zum zweiten Male und exstirpierte sie; seit 3 Jahren sind sie nicht wieder operiert worden. Man sieht jedoch, daß sie immer wieder Neigung haben, sich wieder zu entwickeln und zu vergrößern, besonders der Tumor am Rücken, der schon sehr groß geworden ist, während die anderen



fünf eine kleine Ausdehnung von 4—5 cm haben. Im Bereiche der Tumoren ist die Oberfläche der Haut von normaler Farbe, aber an einigen kleinen Stellen der Tumoren sieht man kleine Plaques von Acanthosis nigricans, die sich von der Peripherie der Haut nach gewissen Abschnitten der Haut zu erstrecken, die die Tumoren bedeckt. Auf den Tumoren, besonders am Rücken, findet sich ferner ein Haufen von schwarzen Punkten von Komedonen, von denen einige außerordentlich umfangreich, ungeheuer, riesenhaft sind, und bei Druck auf die Follikelmündungen, in denen die Komedonen sitzen, treten diese ungeheueren, riesenhaften Komedonen hervor und lassen die sehr weiten, klaffenden Follikelmündungen sehen. Wir geben eine Abbildung des großen zweimal operierten

Digitized by Google

Tumors des Rückens wieder, an der man die zahlreichen vernarbten Inzisionen sieht. Während der 16 Jahre, die diese Tumoren bestehen, ist eine histologische Untersuchung von ihnen nicht vorgenommen worden.

Histologische Untersuchung der Plaques von Acanthosis nigricans.

Von den verschiedenen Plaques wählten wir einen vom Abdomen von papillomatösem Aussehen und heller brauner, noch nicht schwärzlicher Färbung, um den Beginn des Sitzes der Hyperpigmentierung und ihre Ausdehnung studieren zu können. BEHDJET BEY exzidierte ein Stück dieses Plaques, schnitt es, färbte und stellte die mikroskopischen Präparate fertig; HODARA nahm die histologische Untersuchung vor. Diese zeigt die charakteristischen Veränderungen der Acanthosis nigricans. Man sieht die Akanthose der Stachelzellenschicht der Epidermis, die Hyperpigmentierung und Papillomatose des Papillarkörpers. In der Tat ist das Stratum corneum an der Oberfläche leicht hyperkeratotisch, aber an den eingesunkenen Abschnitten der Oberfläche und den Follikelmündungen ist das Stratum corneum stärker hyperkeratotisch angehäuft unter der Form von multiplen, eine über die andere geschichteten Hornlamellen, die das Aussehen kleiner zylindrischer Kegel wie im Beginne kleiner Komedonen annehmen. Das Stratum granulosum ist ziemlich umfangreich; die sehr großen Körnerzellen enthalten große Keratohyalinkörner. Die Stachelzellenschicht ist akanthotisch, hypertrophisch, hyperplastisch und ödematös. Die Zahl der Zellreihen dieser Schicht ist vermehrt und stellenweise um das Mehrfache zahlreicher als im Normalzustande. Die Stachelzellen haben ein voluminöseres Aussehen, das Protoplasma vergrößert, die Kerne auch voluminöser; sie sind umgeben von mehr oder weniger großen Lücken (Höhlenbildung nach LELOIR). Man sieht mehrere Bilder von Kernen im Zustande der Teilung oder schon einer von dem anderen getrennt. Das Pigment ist stellenweise in großer Menge in Höhe der basalen Stachelzellen angehäuft, die mit großen braunen Pigmentkörnern bedeckt sind. Stellenweise sind nur die beiden letzten basalen Zellreihen mit einer großen Menge Pigment bedeckt, an anderen Stellen aber drei oder vier basale Zellreihen. Die Epithelzapfen sind proliferiert und nach der Kutis zu verlängert. Unter den nach der Kutis zu verlängerten Epithelzapfen sind die einen schmal, die anderen mehr oder weniger breit, von einer 2—3mal größeren Breite als normal. Die zwischen den verlängerten Epithelzapfen gelegenen Papillen sind ihrerseits gleichfalls verlängert, gegen die Oberfläche der Epidermis hervorspringend und von papillomatösem Aussehen. Die gegen die Epidermis vorspringenden Papillen sind teils sehr dünn und spitz, während andere sich unter der Form mehr oder weniger breiter Hervorragungen darstellen, von einer zwei- bis dreimal größeren Breite als im Normalzustande; daher stammt der bekannte sehr unregelmäßige papillomatöse Zustand der Oberfläche. In diesen hervorspringenden, papillomatösen Papillen sieht man eine Proliferation von Bindegewebszellen, die zahlreich und voluminös sind, und ein interstitielles Ödem; die Gefäße der Papillen haben ein leicht erweitertes Lumen. Unterhalb des Papillargewebes zeigt die Kutis ein fast normales Aussehen.

Histologische Untersuchung der Tumoren.

BEHDJET exzidierte ein Stück des großen Tumors am Rücken, färbte und stellte die Präparate fertig; HODARA nahm die histologische Untersuchung vor. Man findet mikroskopisch in den Präparaten einen fibrösen Tumor des Unterhautbindegewebes, der stellenweise den Papillarkörper und die Epidermis komprimiert, wodurch die Papillen und die Epithelzapfen mehr oder weniger abgeflacht und verwischt sind; die abgeflachte Epidermis ist stellenweise verdünnt und auf wenige Zellreihen zurückgeführt. In diesem Bereiche ist das Stratum granulosum auch verdünnt; das Stratum corneum ist im Niveau der eingesunkenen Partien und der Follikelmündungen hyperkeratotisch, zusammengesetzt aus multiplen übereinander gelagerten Hornlamellen, unter der Form von mehr oder weniger großen Komedonen. Man sieht stellenweise an der Oberfläche der Schnitte zwei bis drei von diesen Komedonen einen neben den anderen gelagert, mehr oder weniger groß, einer von ihnen ungeheuer umfangreich sitzt in einer sehr tiefen und weiten Follikelscheide wie eine follikuläre Zyste; auch in der Kutis sieht man zwei bis drei große eingekapselte Talgdrüsenläppchen. Wie gesagt, ist in den von der subkutanen Geschwulst komprimierten Partien die basale Stachelzellenschicht abgeplattet, die Epithelzapfen verschwunden, ebenso der Papillarkörper abgeflacht und die Papillen verschwunden, so daß die Basis der Epidermis und die Decke des Papillarkörpers sich

Digitized by Google

hier unter dem Bilde zweier übereinander gelagerter flacher Platten darstellen. An anderen Stellen sieht man die Epithelzapfen und die Papillen noch erhalten, aber kleiner und kleiner werdend und im Begriffe zu schwinden. Endlich sieht man in den Schnitten gewisse Stellen der Epidermis, die wahrscheinlich nicht komprimiert wurden und in denen die Stachelzellenschicht ebenso wie die Epithelzapfen und die Papillen noch ihr normales Aussehen haben. Im Papillarkörper und in der Kutis sind die Gefäßwände von gewucherten perithelialen Zellen leicht infiltriert; in der Kutis besteht mäßige Hyperplasie der Bindegewebszellen, an anderen Stellen bietet das Kutisgewebe ein normales Aussehen. Ausschließlich im Unterhautbindegewebe sieht man den fibrösen Tumor unter dem Bilde teils dicker, unregelmäßiger in geraden oder spiralförmigen Zügen verlaufender, an anderen Stellen dicker, sehr dicker oder auch teils dicker, teils dünner, sehr unregelmäßiger, an wieder anderen unter dem dünner Fasern. Es besteht eine ziemlich scharfe Grenze zwischen der normalen Kutis und dem fibromatösen Unterhautbindegewebe. Bei Hämatoxylin-Eosinfärbung erscheinen die Bindegewebsfasern der Kutis rot gefärbt, während die Fasern des fibrösen Gewebes des hypodermalen Tumors von Hämatoxylin blau gefärbt sind; stellenweise ist innerhalb des Tumors das fibröse Gewebe teils blau, teils rot gefärbt. Das fibröse Gewebe ist teils kompakt, teils locker mit mehr oder weniger großen Hohlräumen von mehr oder weniger rundlicher Form. In diesen Tumoren des Unterhautbindegewebes sieht man nicht wie bei der Fibrosarkomatose oder der Neurofibromatose multiple Bindegewebszellkerne; hier sind die fibrösen Tumoren des Unterhautbindegewebes arm an Bindegewebszellen, und es findet sich nur hin und wieder ein abgeplatteter Bindegewebszellkern inmitten einer dieser Fasern.

Zusammenfassung.

In unserem Falle von Acanthosis nigricans begann die Erkrankung im Alter von 13 Jahren; die Erscheinungen finden sich an gewissen Prädilektionsstellen, dem Nabel, der Anal- und Perianalgegend, dem Gesäß, dem Abdomen und Rücken. 3 Jahre vorher waren sechs benigne, fibromatöse, weiche, tiefliegende Tumoren des Unterhautbindegewebes voraufgegangen. Diese bestehen seit 16 Jahren, sind zweimal operiert worden, haben sich aber von neuem entwickelt. Nach einem Bestehen von 16 Jahren sind sie immer noch in der Zahl von sechs vorhanden, die sich nicht vermehrt hat; sie buchten sich nicht durch die Haut vor und zeigen an der Oberfläche keine Stielbildung. In ihrem Bereiche ist die Haut leicht und gleichmäßig gehoben. Nur der eine der Tumoren am Rücken ist sehr groß; er ist auch gleichmäßig erhaben, jedoch aufgedunsen wie ein Sack, fast von der Größe des Kopfes eines Fötus. Klinisch sieht man nirgends weder lentikuläre Flecke noch Melanodermien. Die Haut an der Oberfläche der Tumoren ist weiß; an einigen kleinen Stellen sieht man einige kleine Plaques von Acanthosis nigricans, die sich von der Peripherie nach der Haut zu erstrecken, die die Tumoren bedeckt. Stellenweise sieht man auch an den Tumoren zahlreiche Komedonen, von denen einige ungeheuer groß sind. Mikroskopisch finden sich an den Plaques von Acanthosis nigricans die für die Krankheit charakteristischen Veränderungen: Akanthose und Hyperpigmentierung der Stachelzellenschicht und Papillomatose des Papillarkörpers.

Die histologische Untersuchung zeigt, daß die Tumoren ausschließlich dem Unterhautbindegewebe angehören, fibröser Natur und sehr arm an Bindegewebszellen sind; bei der Hämatoxylin-Eosinfärbung ist die Kutis rot, der Tumor des Unterhautbindegewebes von Hämatoxylin blau gefärbt. Die Kutis ist, abgesehen von einer leichten Zellhyperplasie, unverändert; zwischen ihr und dem Tumor des Unterhautbindegewebes besteht eine scharfe Grenze. Nirgends erstreckt sich der Tumor durch die Kutis hindurch, um hervorzuspringen und an der Oberfläche einen Stiel zu bilden. Hier komprimiert der Tumor stellenweise den Papillarkörper und die Epidermis; an den komprimierten Abschnitten sind die Papillen und die Epithelzapfen abgeplattet und fast verschwunden, die Epidermis abgeplattet und verdünnt. Wie gesagt, ist klinisch eine Besonderheit dieser Tumoren, daß einige von ihnen an der Oberfläche stellenweise von multiplen Komedonen bedeckt sind; histologisch sieht man, daß einige von diesen ungeheueren Komedonen eingekapselt sind in beträchtlich erweiterte Follikelscheiden; auch bemerkt man mikroskopisch einige in die Kutis eingekapselte Talgdrüsenläppchen.

Digitized by Google

Aus der Universitäts-Hautklinik im Krankenhause St. Georg in Hamburg
(Leiter: Prof. Dr. Arning).

Ein anthropologischer Beitrag zur Nävusfrage, besonders zur Frage des Vorkommens von Pigmentmälern, Lentigines und Epheliden bei Mischung verschiedener Rassentypen.

Von

Dr. Samuel Heckscher in Hamburg.

Seit langer Zeit beschäftigen sich viele namhafte Forscher mit der Frage der Entstehung der Nävi. Fast ein jeder von ihnen hat eine eigene Theorie aufgestellt.

Rudolf Virchow schuf die fissurale Theorie für die Entstehung der Angiome, die von Lewin und Buri auch als Erklärung für die Entwicklung der Pigmentnävi angenommen wurde. Nach diesen Autoren steht die Bildung der Nävi im Zusammenhang mit dem Schluß der sogenannten Spaltlücken, die hauptsächlich im Gesicht bekannt sind.

v. Bärensprung, der Begründer der neurogenen Theorie, sah in den Nävi eine dem Herpes zoster analoge angeborene Erkrankung der spinalen Nerven.

Unna erklärte die Nävi als Folge eines mechanischen Druckes von seiten des mütterlichen Beckens.

Von anderen Autoren wurden die Nävi in Beziehung gebracht zu dem Gefäßsystem (Demiéville, Heller), den Langerschen Spaltrichtungen der Haut, den Voigtschen Linien und den Haarströmen (Jadassohn).

Blaschko stellte eine metamerale Theorie der systematisierten Nävi auf. Der Sitz der Nävi soll zusammenfallen mit den Grenzlinien der einzelnen Dermatome. Die jüngsten Anschauungen lassen diese überhaupt nicht bestehen.

Die neueste Theorie wurde von Meirowsky begründet. Er verlegt die Ursache der Nävusentstehung in das Keimplasma. Die Nävi stellen eine Hautanomalie, einen Atavismus dar, der an Erbeinheiten gebunden ist und unter besonderen Voraussetzungen, die noch nicht näher bestimmt werden konnten, zum Vorschein kommt.

In dieser Arbeit sollen diese Theorien gänzlich unberücksichtigt bleiben; es soll vielmehr ein praktisch-empirischer Beitrag zur Nävusfrage gegeben werden.

Von Prof. Arning wurde der Gedanke geäußert, ob das Auftreten von Pigmentmälern nicht vielleicht eine Eigentümlichkeit von Rassenmischung verschiedener Pigmentierung sei, und ob umgekehrt aus dem gehäuften Auftreten von Pigmentanomalien bei einer Bevölkerung ein Schluß auf eine stattgehabte Mischung gezogen werden könne. Nach persönlichen Angaben, die mir A. machte, beobachtete er bei seinem Aufenthalt in der Südsee gelegentlich seiner Leprastudien auf den hawaischen Inseln, daß sich bei Mischung zwischen braunen Polynesiern und Angehörigen weißer Rassen, vor allem Angelsachsen, Schotten und Skandinaviern, bei den Nachkommen auffallend häufig Sommersprossen und Lentigines fanden, während die Halbblüter von braunen Polynesiern und hellen Mongolen (Chinesen und Japanern) weniger durch derartige Pigmentreste auffielen. Beim Gespräch über diese Dinge erfuhr A. von dem Pater Theodor Lauter, einem katholischen Missionar auf der Insel Maui, daß dort im Hanadistrikt eine Bevölkerungsgruppe schon seit Generationen lebe, die sich durch rote Haare und eine relativ helle, Sommersprossen tragende Haut von den Eingeborenen unterscheide. Sie wurde mit dem Namen Ehu bezeichnet und soll einer alten Tradition nach schon von Cooks Zeiten auf der Insel gewesen sein. Ihre Abstammung verdanken sie einem dorthin verschlagenen weißen Manne. A. hat später vielfach auch in unseren Gegenden bestätigt gefunden, daß Epheliden, Lentigines und Pigmentmäler auffallend häufig bei solchen Personen aufzutreten scheinen, die Kinder eines blonden Vaters und einer brünetten Mutter oder umgekehrt sind. Zur Klärung dieser Frage wurde ich von Arning beauftragt, eine sehr große Anzahl Personen unserer norddeutschen Bevölkerung zu untersuchen.

Digitized by Google

Bei dieser Aufgabe konnte es sich nicht darum handeln, durch Einzeluntersuchungen, die sich auf die Tatsache der Abstammung von Eltern verschiedener Haar- und Augenfarbe berufen sollen, hier Klarheit zu schaffen. Familienuntersuchungen in sehr großer Anzahl sind nicht möglich, und die Angaben der Untersuchten über Haar- und Augenfarbe ihrer Eltern aus leicht verständlichen Gründen sehr ungenau. Auch müssen die Ahnen mit eingeschlossen werden, was aussichtslos ist. Geboten war also, zu erweisen, ob man es bei der Untersuchung mit einer Mischbevölkerung zu tun hatte und wie häufig das Vorkommen der genannten Pigmentanomalien zu finden war.

Der Gang der Untersuchung wie das Ergebnis sollen später geschildert werden; vorerst ist es noch erforderlich, über das wenige, was andere Autoren mit Bezug auf dieses Thema beobachtet und geschrieben haben, zu berichten. In seiner anthropologischen Beschreibung der Rehobother Bastards in Deutsch-Südwestafrika teilt Eugen Fischer seine Beobachtungen über das mehrfache Auftreten kleiner weicher Fleischwärzchen mit platter, runder Oberfläche, die deutlich blau oder auch bräunlich mit deutlich blauschwarzem Anflug erscheinen, mit. Außerdem fand er noch zufällig einen bläulichen größeren Leberfleck (Nävus) neben brauner Grundfarbe. Einen genauen Hautstatus, der auch das Auftreten von Pigmentmälern berücksichtigte, konnte er aus in seiner Beschreibung angegebenen Gründen nicht aufnehmen. Die geschilderten Beobachtungen machte er gelegentlich ärztlicher Untersuchungen. In seiner Anthropology of the Jews berichtete Maurice Fishberg, daß Sommersprossen bei allen rothaarigen Individuen bemerkt wurden. Auch diejenigen, welche eine dunkelrote Haut haben, waren oft mit Sommersprossen behaftet. Von 74 Männern und 62 Frauen mit hellen Haaren waren nur 4 Männer und 2 Frauen mit Epheliden befallen.

Im folgenden möge eine genaue Schilderung des von mir eingeschlagenen Untersuchungsweges und des daraus sich darstellenden Ergebnisses gegeben werden.

Dank dem Entgegenkommen des Herrn Direktors und der Herren Oberärzte des Allgemeinen Krankenhauses St. Georg in Hamburg war es mir möglich, 500 Patienten des Krankenhauses gründlichst zu untersuchen. Zur Feststellung, ob eine Mischung zwischen dem blonden und brünetten Typus vorliegt, mußte bei sämtlichen Individuen eine nach anthropologischen Gesichtspunkten ausgeführte Erhebung der Haar- und Irisfarbe vorgenommen werden. Außerdem wurde die Hautfarbe und die Pigmentation der Mamma beachtet. Die Bestimmung der Haarfarbe geschah mit der von Eugen Fischer angegebenen Haarfarbentafel[1]). Diese Tafel stellt keine Skala dar, in welcher die Töne nach ihren Farbenwerten geordnet sind, sondern sie ist eine Zusammenstellung der häufigst vorhandenen Töne. Die Haarproben sind kein Naturhaar, weil dieses leicht verblassen würde, sondern aus Zellulose hergestellt und mit möglichst naturgetreuen, haltbaren Farben gefärbt. Die Tafel zeigt zwei Farbenreihen, eine gelbbraune und eine grauschwarze Reihe. Bei allen Farben der ersten Reihe findet sich neben der gelben Grundfarbe eine rote Komponente, deren geringere oder stärkere Beteiligung die Töne vom hellsten Gelb, dem Weißgelben, bis zum dunkelsten Braun, dem Braunschwarzen, ausmacht. In diese Reihe gehören auch die Farben, bei denen das Rot etwas stärker hervortritt, und die ganz roten Töne. Sie stellen nach Eugen Fischer nur Varianten der gelbbraunen Töne dar. In dieser Tafel bezeichnen nun die Nummern 4—20 die gelbbraune Reihe. 1—3 sind die ausgesprochen roten Töne. Die Varianten ins Rötliche sind nicht besonders dargestellt. Innerhalb der gelbbraunen Reihe stellen die Töne 4—7 einschließlich die braune Farbe dar, 4 ist das Braunschwarz der Südeuropäer. 8 bildet den Übergang von dem braunen zum blonden Typus; es entspricht der von Ammon eingeführten Locke, die Ammon als diesen Übergang bezeichnet. Man rechnet es bei anthropologischen Untersuchungen noch zu den braunen Farben. 9—20 ist der blonde Abschnitt in den verschiedensten Abstufungen vom einfachen Blond über Hellblond und Flachsblond zum Weißgelb.

[1]) Für die Überlassung der erforderlichen Instrumente bin ich Herrn Prof. Thilenius, Direktor des Museums für Völkerkunde in Hamburg, sowie Herrn Prof. Recke, Leiter der anthropologischen Abteilung des Museums, zu Dank verpflichtet.

Digitized by Google

Die beschriebene Farbenreihe des Gelbbraunen ist nun charakteristisch für unsere europäische Bevölkerung mit Ausnahme der Slaven. Sie hat sich auch bei den 500 untersuchten Fällen mit nur ganz verschwindenden Ausnahmen, die aus einer der Dissertation beigefügten Tabelle[1]) zu ersehen sind, gefunden. Bei diesen Ausnahmen läßt sich ein starker slavischer Einfluß nicht ausschließen. Die Slaven sind nämlich die Träger der zweiten Farbenreihe, der grauschwarzen. Den Tönen dieser Reihe mangelt sämtlich die rote Komponente, sie spielen alle in grau. Der dunkelste Ton ist das Blauschwarz, die häufigste Haarfarbe der Chinesen.

Die Farbe der Iris wurde nach der von Rudolf Martin angegebenen Augenfarbentafel ermittelt. Diese Tafel stellt eine Zusammenstellung von 16 häufigst vorkommenden Augen dar. Um der Natur möglichst nachzukommen, hat Martin diese 16 Augenfarben in Glas ausführen lassen und sie in einem Kasten angeordnet, aus dem sie aus einer silbergrauen Umgebung, die von einer Aluminiumplatte gebildet wird, hervorscheinen. Auch diese Tafel ist keine Skala. Die Farben 1—6 einschließlich bezeichnet M. als braun, wobei 1 fast schwarz ist; 7—11 einschließlich nennt M. meliert. Diese Töne sind eine Mischung der braunen und blauen Komponente. Zu ihnen gehören Farben, bei denen Braun besonders im inneren Ringe überwiegt, aber die blaue Komponente schon deutlich sichtbar ist; ferner Augen, die man als Katzenaugen bezeichnet, in denen das Braun einem Gelb gewichen ist. Auch die sogenannten grünen Augen gehören in diese Reihe. 13—16 stellen die blonden Farben dar, vom Grau bis zum tiefen Blau. Die braunen Augen sind hauptsächlich dem ausgesprochen brünetten Typus eigen, hingegen die blonden dem blonden. Die melierte Reihe findet sich nur bei einer Mischbevölkerung neben braunen und blonden Färbungen.

Die Haar- und Irisfarbenfeststellung genügt zur Einordnung einer Bevölkerungsgruppe in einen bestimmten Typus. Für die untersuchte Bevölkerung ergibt sich bezüglich der Haarfarbe:

hell 9—20 bzw. 21—26	dunkel 4—3	rot 1—3	schwarz 27
113 = 22,6%	380 = 76%	5 = 1%	2 = 0,4%

Dem sei eine entsprechende Tabelle aus dem R. Martinschen Lehrbuch der Anthropologie gegenübergestellt.

	hell 9—20	dunkel 4—8	rot 1—3
1. Dänemark, Schulkinder			
männlich	83.2%	14.2%	2.6%
weiblich	80,3%	16,9%	2,8%
2. Norwegen	74.4%	25.6%	—
3. Schaffhausen, Schulkinder	68,9%	37,1%	1,0%

1. und 3. sind nur bedingt zum Vergleich heranzuziehen; sie betreffen Schulkinder. Diese dunkeln meist im späteren Leben nach, so daß wir bei Erwachsenen noch andere Werte erhalten würden. Aus diesem Grunde haben sich meine Untersuchungen auch nur auf Indivi-

[1]) Die Dissertation mit der vollständigen Tabelle ist in der Hamburgischen Staats- und Universitätsbibliothek im Original einzusehen.

Digitized by Google

duen von 15—50 Jahren erstreckt. Das höhere Alter ist unberücksichtigt geblieben, weil die meisten Personen über 50 Jahre ergraut sind und auf ihrer Haut sich Altersveränderungen zeigen, die bei der Beurteilung von Pigmentanomalien störend wirken. Die Tatsache des Nachdunkelns ist nach Eugen Fischer ein Zeichen für eine Rassenmischung. Ich habe sie auch durch Befragen bei einer großen Anzahl von Personen feststellen können.

Einen weiteren Vergleich mit anderen Bevölkerungsgruppen gestatten die Tabellen über die Irispigmentation. Für unsere Bevölkerung ergibt sich folgendes:

helle Augen 13—16	melierte Augen 7—12	braune Augen 1—6
184 = 36,8%	225 = 45,0%	91 = 18,2%

Für andere Bevölkerungsgruppen seien entsprechende Zahlen nach Martin angeführt:

	helle Augen	melierte Augen	braune Augen
Schweden	66,7%	28,8%	4,5%
Baden	44,5%	22,9%	12,6%
Schaffhausen . .	28,2%	37,9%	33,8%
Schweiz	25,1%	47,9%	27,0%
Italien	10,3%	20,6%	69,1%
Rumänien	8,9%	26,2%	64,8%

Unsere Bevölkerung steht also ungefähr zwischen der Badener Gruppe einerseits und der Schweizer Gruppe andererseits.

Ein drittes Moment für die Feststellung der Eingruppierung bildet die Korrelation zwischen der Haar- und der Irisfarbe. Ich fand bei meinen Untersuchungen folgende Verhältnisse:

Augenfarben	Haarfarben			
	blond	braun	rot	schwarz
hell . .	69 = 13,8%	113 = 22,6%	2 = 0,4%	—
meliert .	36 = 7,2%	118 = 37,6%	2 = 0,4%	1 = 0,2%
braun . .	6 = 1,2%	81 = 16,2%	1 = 0,2%	1 = 0,2%
	111 = 22,2%	382 = 76,4%	5 = 1,0%	2 = 0,4%

Die Vergleichszahlen nach Martin zeigen folgendes:

Für Holland.

Augenfarben	Haarfarben			
	blond	braun	rot	schwarz
blau . . .	83,3%	11,8%	2,5%	2,4%
grau . . .	79,7%	14,7%	2,6%	3,1%
blaugrün . .	60,7%	28,6%	2,5%	8,0%
braun . . .	45,0%	38,6%	2,0%	14,3%

Digitized by Google

Für Schweden.

Augenfarben	Haarfarben			
	blond	braun	rot	schwarz
hell . . .	54,4%	10,5%	1,6%	0,2%
meliert . .	19,1%	8,7%	0,6%	0,4%
braun . .	1,8%	2,4%	0,1%	0,2%
	75,3%	21,6%	2,3%	0,8%

Für Italien.

Augenfarben	Haarfarben			
	blond	braun	rot	schwarz
hell . . .	3,0%	6,0%	0.1%	1,2%
meliert . .	2,7%	13.2%	0,2%	4,5%
braun . .	2,5%	40.9%	0,3%	25.4%
	8,2%	60,1%	0,6%	31,1%

Der Vergleich dieser Tabellen zeigt mit Deutlichkeit, daß unsere Bevölkerung eine gemischte ist.

Das Ergebnis der Haar- und Augenfarbenuntersuchung ist also, daß die von mir untersuchten Individuen einem Mischtypus mit etwas stärkeren blondem Einschlag angehören.

Neben diesen beiden hauptsächlichsten Untersuchungsmethoden spielen die Feststellung der Haut- und Mammapigmentation eine sehr geringe Rolle. Die 500 Personen zeigten fast alle eine helle Hautfarbe ungefähr den ersten drei Tönen des Streifens I der Fritzschen Hautfarbentafel entsprechend. Ich habe sie in der Tabelle mit 1.1 bezeichnet. Bei den wenigen Ausnahmen konnte ich die Gründe nicht klar ersehen; teils mag eine Wirkung intensiver Sonnenbestrahlung zugrunde liegen, teils wohl eine in frühere Generationen fallende Mischung mit dunklen Individuen.

Die Beachtung der Mammapigmentation, die gleichfalls in der Tabelle vermerkt ist, führte zu dem interessanten Ergebnis, daß sie sich durchaus verschieden von der Haar- und Augenfarbe verhält. Blonde Individuen zeigten stärker pigmentierte, dunkle blonde Warzenhöfe. Es scheint dies auch ein Beweis für die Tatsache der Mischung zu sein.

Nachdem also die Voraussetzung gegeben war, daß wir es bei unseren Untersuchungen mit einem Mischtypus zu tun hatten, konnten wir die von uns neben den anthropologischen Untersuchungen vorgenommene Hautbesichtigung im Sinne der Fragestellung verwerten.

Wir besahen uns die gesamte Haut und fahndeten nach Epheliden, Lentigines, Pigmentflecken und Pigmentmälern. Wir hielten eine Unterscheidung der letzteren beiden für notwendig. Unter Pigmentflecken verstehen wir umschriebene Hyperpigmentierungen, die im Niveau der Oberhaut liegen, eine mehr hellbraune Farbe aufweisen und nicht immer scharf begrenzt sind. Man bezeichnet sie häufig als Naevi spili. Die Pigmentmäler hingegen stellen meist dunkelbraune, regelmäßig begrenzte, linsen- bis kirschgroße, selten größere, häufig etwas erhabene Veränderungen der gesamten Hautstelle dar. Zu diesen gehören nach den Anschauungen wohl aller Autoren die Lentigines. Aber auch die Sommersprossen will Arning zu den Pigmentnävi, speziell zu den Pigmentflecken, die zwar erst durch einen äußeren Reiz zum Vorschein kommen, rechnen.

Digitized by Google

Neben dem Vorkommen wurde die Ausbreitung, die Lokalisation und die Multiplizität beachtet. Die letztere ist in der Tabelle mit verschieden vielen Pluszeichen vermerkt. Die Lokalisation ist in ihr vernachlässigt, da diese nicht in einem inneren Zusammenhang mit der Fragestellung steht.

Das Ergebnis der Feststellung war, daß von den 500 untersuchten Individuen 448 = 89,6% mit den in Frage kommenden Hautveränderungen behaftet und nur 52 Personen = 10,4% frei davon waren. Diese Zahlen können nicht ein zufälliges Ergebnis sein; sie berechtigen wohl zu dem Schluß, daß eine Mischung zwischen einem blonden und einem brünetten Bevölkerungstypus die Disposition zu dem Auftreten von Pigmentanomalien schafft, und daß wir bei ihrem gehäuften Vorkommen eine Mischbevölkerung annehmen dürfen. Wie diese Disposition zu erklären ist, bleibe in dieser Arbeit unberücksichtigt.

Unter den 89,6% mit Pigmentanomalien behafteten Individuen befinden sich 21,24%, die Epheliden aufweisen, ohne daß sie oder andere Familienmitglieder gleichzeitig rothaarig sind. Es ist wohl berechtigt, daraus zu schließen, daß auch die Sommersprossen Pigmentveränderungen sind, die im Zusammenhang mit der Rassenmischung stehen. Es wird dies bestätigt durch die schon anfangs im Namen von Prof. Arning angeführte Mitteilung über das Auftreten von Epheliden bei der Mischbevölkerung der Hawaischen Inseln, besonders bei den Ehu auf der Insel Maui. Die häufige Tatsache der Verbindung von Sommersprossen mit Rothaarigkeit läßt sich vielleicht dahin erklären, daß Rothaarigkeit auch ein Produkt von Mischung zweier Farbentypen ist. Zum Beweise diene das nicht seltene Vorkommen rötlicher Körperhaare, z. B. Bart- und Schamhaare bei blonden oder mittelblonden Kopfhaaren in einer Mischbevölkerung wie der unsrigen. Bei der Beschreibung der Fischerschen Haarfarbentafel hatte ich ausgeführt, daß F. die rote Farbe als eine Variation der gelbbraunen Reihe ansieht, bei der die gelbliche Komponente über die braune überwiegt. Auch diese Schwächung des Brauns mag ein Ausdruck einer Mischung sein.

Außer den Rubriken für die Haar-, Iris-, Haut- und Mammapigmentation zeigt die Tabelle noch zwei Rubriken für die Haar- und Augenfarbe der Eltern. Natürlicherweise müssen diese, da sie nur nach den Angaben der untersuchten Personen gemacht sind, ungenau sein; sie werfen aber doch auch einiges Licht auf die Tatsache der Mischung unserer Bevölkerung.

Den Ausführungen beigefügt sei noch eine genaue Beschreibung von 15 Fällen, um die Art und Weise meines Vorgehens zu illustrieren.

Anhang.

Lfd. Nr. 11, J. D., w., Kirchsteinbeck. Haarfarbe 9, Iris 15, Haut 1.1, Mammapigmentation blond. Zahlreiche Lentigines im Gesicht, an den Vorderarmen, einzelne am Handrücken und Rücken. Auf der linken Wange ein erbsengroßer behaarter Naevus pigmentosus, am linken Kieferwinkel ein linsengroßer flacher Naevus pigmentosus, ein ähnlicher ziemlich dunkler auf der rechten Bauchseite; am Rücken in der Mittellinie ein bohnengroßer erhabener rotbrauner Nävus, ein gleicher, aber dunkelbrauner 2 cm unterhalb des Nabels. Vater: dunkelblond, blaue Augen, Cuxhaven. Mutter: dunkelblond, dunkelbraune Augen, Cuxhaven.

Lfd. Nr. 50, E. A., w., Hamburg. Haar 6—7, Iris 10—11, Haut 1.1, Mammapigmentation blond. Geringe Anzahl Epheliden im Gesicht; geringe Anzahl linsengroßer, etwas erhabener Pigmentnävi auf den Wangen. Auf dem Bauch zwei erbsengroße flache Pigmentnävi, der eine rechts, der andere links der Mittellinie. Ein erhabener behaarter

Digitized by Google

Pigmentnävus am linken Oberschenkel unterhalb der Inguinalfalte. Vater: dunkelblond, blaue Augen, Mecklenburg. Mutter: schwarz, graublaue Augen, Geburtsort unbekannt.

Lfd. Nr. 61, H. H., w., Hamburg. Haar 12, Iris 12—13, Haut 1.1, Mammapigmentation blond. Im Gesicht und an den Streckseiten der Arme Lentigines. In der Achselhöhle ein warzenförmiger Naevus pigmentosus. An der Innenseite des linken Oberschenkels ein erbsengroßer brauner Fleck. Zwischen den Schulterblättern rechts ein einmarkstückgroßer warzenförmiger Naevus pigmentosus. Auf der Innenseite des linken Fußes ein bohnengroßer flacher Naevus pigmentosus. Vater: rotblond, graublaue Augen, Hamburg. Mutter: dunkelbraun, dunkelblaue Augen, Hamburg.

Lfd. Nr. 114, H. W., m., Hildesheim. Haar 7, Iris 7, Haut 1.1, Mammapigmentation mäßig. Zahlreiche Sommersprossen im Gesicht, auf der Brust und im Nacken. Auf der rechten Wange bis auf das Ohr, Streckseite beider Arme und Hände zahlreiche, an den unteren Extremitäten geringere Lentigines (Fleckung). Ein linsengroßer bläschenähnlicher, rotbrauner Nävus an der rechten Brustwarze. Rechts auf dem Rücken ein erbsengroßer, flacher, tiefbrauner Nävus. Auf dem rechten Oberschenkel ein schwarzbrauner, auf dem linken ein hellbrauner Pigmentfleck. Vater: dunkelbraun. Mutter: hellblond, blaue Augen. Ein Bruder dunkelblond, braune Augen. Eine Schwester blond, blaue Augen.

Lfd. Nr. 150, H. P., m., Westpreußen. Haar 12, Iris 12—13, Haut 1.1, Mammapigmentation blond. Lentigines an den Streckseiten beider Arme. Auf dem linken Jochbogen ein schwarzbrauner behaarter Nävus. Linke Halsseite wie linkes Schlüsselbein weisen je einen hellbraunen, etwas erhabenen Nävus auf. In der rechten Mammillarlinie am unteren Rand des Rippenbogens ein rötlichbrauner, erhabener, erbsengroßer Nävus. Etwas oberhalb des linken Darmbeinkammes ein linsengroßer, mäßig pigmentierter Nävus. Auf der Penisoberfläche zwei linsengroße braune Flecke. Vater: blond, blaugraue Augen, Westpreußen. Mutter: dunkelblond, Ostpreußen. Geschwister: blond, ein Bruder braune Augen.

Lfd. Nr. 169, W. R., m., Hamburg. Haar 7, Iris 14, Haut 1.1, Mammapigmentation mäßig. Über die linke Wange bis zum Nasenrücken verstreut sehr zahlreiche, rechts besonders Halsteil weniger zahlreiche Lentigines. In der linken Mammillarlinie in Nabelhöhe ein erbsengroßer schwarzbrauner Nävus. Verstreut über das linke Schulterblatt fünf erbsengroße bis stecknadelkopfgroße Pigmentnävi. An der rechten Gesäßbacke nahe der Rima ani oben ein linsengroßer Naevus pigmentosus. Am rechten Arm auf dem Processus styloides radii ein schwarzbrauner und oberhalb des linken Ellbogengelenkes ein etwas hellerer Nävus. Vater: blond, blaue Augen, Schwerin. Mutter: dunkelblond, braune Augen.

Lfd. Nr. 279, E. B., w., Holstein. Haar 8, Iris 10, Haut 1.1, Mammapigmentation mäßig. Auf der Stirn Epheliden. Lentigines auf der Streckseite des ganzen rechten Armes und linken Unterarmes. Auf der rechten Wange, am rechten Musculus sternocleidomastoideus und am Kinn links je ein erbsengroßer behaarter Naevus pigmentosus. Vier linsengroße, warzenförmige Pigmentnävi am Halse vorn. Vater: braun, graue Augen, Schlesien. Mutter: dunkelbraun, braune Augen, Holstein.

Lfd. Nr. 287, Ch. Sch., w., Kiel. Haar 8, Iris 14, Haut 1.1, Mammapigmentation mäßigstark. Im Gesicht, auf dem Nacken und Vorderhals Epheliden. In der linken Hüftgegend ein bohnengroßer und ein erbsengroßer warzenförmiger Pigmentnävus. Auf der Streckseite des linken Vorderarmes drei schwach pigmentierte behaarte Nävi. Auf dem rechten Oberschenkel ein linsengroßer warzenförmiger Naevus pigmentosus. Vater: dunkelblond, blaue Augen, Holstein. Mutter: braun, braune Augen, Ostpreußen. Geschwister: braun, braune Augen.

Lfd. Nr. 299, A. T., w., Lauenburg. Haar 7, Iris 13, Haut 1.1, Mammapigmentation blond. Im Gesicht und an den Streckseiten der Arme, besonders Ellbogengegend Epheliden. Über den ganzen Körper verstreut Lentigines. Am rechten Oberarm ein einpfenniggroßer behaarter Naevus pigmentosus. Am linken Oberschenkel mehrere linsengroße braune Flecke. Vater: blond, blaue Augen, Lauenburg. Mutter: dunkelbraun, braune Augen, Altmölln. Eine ältere Schwester blond, blaue Augen; die anderen Geschwister dunkelblond, teils blaue, teils braune Augen.

Lfd. Nr. 355, M. Sch., w., Hamburg. Haar 11, Iris 10, Haut 1.1, Mammapigmentation mäßig. Auf der linken Wange ein erbsengroßer Naevus pigmentosus. An der rechten Halsseite in einem handtellergroßen Bezirk zahlreiche einzelstehende erbsen- bis linsengroße Pigmentflecke. Oberhalb der rechten Mamma ein pfenniggroßer Naevus pigmentosus, ein erbsengroßer warzenförmiger unterhalb. Links oberhalb des Nabels ein

Digitized by Google

großerbsengroßer Naevus pigmentosus. In der rechten Hüftgegend ein erbsengroßer und ein stecknadelkopfgroßer Naevus pigmentosus; ein gleicher Nävus oberhalb der Rima ani rechts und auf beiden Gesäßbacken, am linken Oberschenkel und rechten Unterschenkel. Am linken Oberarm drei linsengroße, in einer Linie stehende Pigmentnävi, an welche sich nach der Schulter ein vierter anschließt. Auf dem rechten Oberarm ein kleinerbsengroßer Naevus pigmentosus. Lentigines auf den Streckseiten beider Unterarme. Vater: mittelblond, graue Augen, Württemberg. Mutter: dunkelbraun, braune Augen, Hamburg. Ein Bruder dunkelbraun, dunkelbraune Augen. Zwei Brüder mittelblond, graue Augen.

Lfd. Nr. 390, Fr. D., w., Wilhelmsburg. Haar 8, Iris 12, Haut 1.1, Mammapigmentation mäßig stark. Im Gesicht Epheliden. Auf dem rechten Schulterblatt ein großerbsengroßer Naevus pigmentosus. Zwischen den Schulterblättern rechts, darunter in Höhe des 11. bis 12. Brustwirbels und auf der linken Bauchseite je ein einpfenniggroßer, leicht warzenförmiger Naevus pigmentosus. An den Streckseiten der Unterarme zahlreiche Lentigines. Vater: dunkelblond, blaugraue Augen, Ostpreußen. Mutter: dunkelblond, graue Augen, Ostpreußen.

Lfd. Nr. 394, A. K., w., Bergedorf. Haar 7, Iris 15—16, Haut 1.1, Mammapigmentation mäßig. Nahe dem linken oberen äußeren Augenwinkel ein großerbsengroßer, am horizontalen Unterkieferast ein erbsengroßer und ein kleinerbsengroßer behaarter Naevus pigmentosus. Lentigines über rechte Wange und Streckseite der Oberarme verstreut. Unterhalb der linken Mamma zwei rötlichbraune und ein schwarzbrauner erbsengroßer Naevus pigmentosus. Ein gleichartiger Nävus findet sich noch in der rechten mittleren Axillarlinie, auf dem Rücken zwischen den Schulterblättern rechts unten und auf dem linken Schulterblatt. Vater: blond, blaugraue Augen, Mainz. Mutter: dunkelbraun, braune Augen, Hamburg. Drei Geschwister: braun, braune Augen.

Lfd. Nr. 436, M. M., m., Rendsburg. Haar 9, Iris 11—12, Haar 1.1, Mammapigmentation mäßig. In der linken Hüftgegend ein großerbsengroßer und zwei kleinerbsengroße Naevi pigmentosi. Auf dem rechten Schulterblatt und parallel mit dem rechten Rippenbogen je drei kleinerbsengroße Naevi pigmentosi. Vater: dunkelbraun, braune Augen, Pommern. Mutter: blond, blaugraue Augen, Holstein.

Lfd. Nr. 439, L. L., m., Dessau. Haar 5, Iris 2, Haut 1.1, Mammapigmentation blond. Zahlreiche Lentigines im Gesicht, auf der linken Halsseite, Brust- und Rückseite. Auf dem rechten Schulterblatt ein kleinerbsengroßer Naevus pigmentosus. Auf dem Darmbein ein einpfenniggroßer warzenförmiger Naevus pigmentosus. Eine etwa zwei Handteller große, unregelmäßig begrenzte, flache, im Hautniveau liegende Pigmentierung auf der linken vorderen Halsseite. Ein großerbsengroßer flacher Naevus pigmentosus auf der Dorsalfläche des Penis. Vater: dunkelbraun, braune Augen. Mutter: schwarz, braune Augen. Zwei Geschwister blond, blaue Augen.

Lfd. Nr. 483, R. W., m., Leipzig. Haar 7—8, Iris 10, Haut 1.1, Mammapigmentation mäßig stark. Zahlreiche Lentigines an den Wangen, Nacken, beiden Armen (Fleckung), weniger zahlreiche über die ganze linke Rückenseite verstreut. Auf dem Schlüsselbein ein großerbsengroßer hellbrauner, oberhalb der linken Mamma ein erbsengroßer behaarter und auf der linken Schulter ein großerbsengroßer Naevus pigmentosus. Ein warzenförmiger erbsengroßer Pigmentnävus in der rechten hinteren Axillarlinie. Vater: dunkelbraun, graue Augen, Oppeln. Mutter: dunkelblond, graue Augen.

Literatur.

Eugen Fischer, Die Rohobother Bastards und das Bastardierungsproblem beim Menschen. Fischer, Jena 1913. — Derselbe, Die Bestimmung der menschlichen Haarfarben. Korrespondenzblatt der deutschen anthropologischen Gesellschaft, 1907, Jahrg. 38, Nr. 9—12. — Maurice Fishberg, Physical Anthropology of the Jews. II. Pigmentation. Am. anthropol. N. S., 1903, Bd. 5. — Rudolf Martin, Lehrbuch der Anthropologie. — E. Mibowsky, Über die Entstehung der sogenannten kongenitalen Mißbildungen der Haut. Arch. f. Derm., Bd. 127, H. 1.

Speziellere Angaben über die in dieser Arbeit behandelte Frage konnte ich in der großen anthropologischen Literatur nicht finden.

Digitized by Google

A. v. Wassermann

Am 16. März 1925 starb, erst 59 Jahre alt, August v. Wassermann. In den Nekrologen der Tagespresse ist er mit Recht als Wohltäter der Menschheit gepriesen worden, denn aus seiner wissenschaftlichen Großtat, der WR, haben Millionen von Menschen für ihre Leiden Nutzen gezogen. Die WR hat gezeigt, daß der Syphilis eine noch weit größere Bedeutung im Leben der Völker zukommt, als man schon vermutete. Überall, wo wissenschaftliche Medizin getrieben wird, d. h. überall, wohin menschliche Kultur gedrungen ist, ist der Name Wassermanns bekannt, und so kann er als der populärste Mediziner der Gegenwart bezeichnet werden.

Von den Spezialdisziplinen hat ihm keine so viel zu verdanken wie die Dermatologie. Die WR hat die gesamte Pathologie und Therapie der Syphilis auf eine neue Grundlage gestellt und hat sich nicht nur für die einzelnen Erkrankten, sondern für die Bekämpfung der Lues als Volksseuche von größter Bedeutung erwiesen.

Die WR ist ferner von Bedeutung gewesen für den weiteren Ausbau der Serodiagnostik der Syphilis, und die heute ebenfalls als unentbehrlich geltenden Flockungs- und Trübungsreaktionen wären ohne die WR wohl nicht entdeckt worden.

Wassermann war ein Schüler Robert Kochs; daneben liebte er es, sich auch als Schüler Ehrlichs zu bezeichnen, dessen Rat er sich stets erbat, wenn er sich mit neuen Ideen trug. Als Wassermann betreffs seiner Serumreaktion das Urteil des Frankfurter Meisters einholte, schrieb Ehrlich an ihn: „Lieber Aquaticus — so nannte ihn Ehrlich in seiner originellen Art immer — Deine Reaktion ist viel zu kompliziert, als daß sie jemals Eingang in die Praxis finden wird.“ Es gehörte aber auch eine Persönlichkeit wie Wassermann dazu, erstens die Klippen zu überwinden, welche die neue Reaktion zu bestehen hatte, und zweitens der wirklich sehr komplizierten Reaktion so schnell in die allgemeine Praxis Eingang zu verschaffen.

19 Jahre sind es her, daß die erste Veröffentlichung über eine Serumdiagnose der Syphilis von Wassermann, Neisser und Bruck in der Deutschen medizinischen Wochenschrift erschien. Neisser hat die Anregung zu einer Serumdiagnose gegeben; Wassermann ist der geistige Vater der Methode, und Bruck ist die Aufgabe zugefallen, die Technik der Reaktion auszuarbeiten. Wenn man in Betracht zieht, daß die WR in quantitativer Beziehung mit fünf Unbekannten arbeitet, und wenn man weiter bedenkt, daß trotz aller Modifikationen und sogenannten Verbesserungen die ursprünglich angegebene Technik auch heute noch unverändert wie am ersten Tage angewandt wird, muß die Arbeit, die Carl Bruck geleistet hat, uneingeschränkte Bewunderung erregen.

Die WR hat für die Diagnose, für die Indikation zur Behandlung und für das Ausmaß der Kur, unter den Dermatologen wenigstens, eine fast widerspruchslose Bedeutung erlangt. Aber damit erscheint mir der Wert der WR noch lange nicht erschöpft. Sie weist uns vor allem für die biologische Auffassung der Krankheit, für die biologische Bedeutung der Krankheitssymptome und für die Wirkung der verschiedenen Antisyphilitika in biologischer Beziehung neue Wege, die zu einer vollständigen Umgestaltung der Syphilistherapie führen müssen.

Die WR ist eine biologische Reaktion, d. h. ihr Ausfall richtet sich nicht ausschließlich nach der Anwesenheit oder Abwesenheit der Spirochäten, sondern nach der Tätigkeit, die die Erreger im Organismus zur Zeit der Blutprüfung gerade entfalten. Die WR verschafft uns Kenntnis von den inneren Krankheitsvorgängen, von der Tätigkeit des Organismus gegenüber der Infektion; die WR gibt uns also ein individuell zugeschnittenes Bild für die Beurteilung des Krankheitszustandes und des Krankheitsverlaufes. Sie gibt uns aber andererseits nur ein Momentbild, was man berücksichtigen muß, um sich vor Enttäuschungen und zu weit gehenden Schlußfolgerungen zu bewahren.

Die Empirie und der Autoritätenglaube, der ja mit der Empirie aufs innigste verknüpft ist, haben Jahrzehnte und Jahrhunderte die Syphilistherapie beherrscht. Sie sind zu tief eingewurzelt, als daß darauf fußenden alten Fundamente durch die viel kompliziertere neuere biologische Denkweise leicht gestürzt werden können, obwohl die WR

Digitized by Google

anerkanntermaßen längst erwiesen hat, wie falsch und trügerisch die aus der Empirie gezogenen Schlußfolgerungen gewesen sind. Ohne Zweifel werden daher aus der Entdeckung der WR noch weitere Früchte reifen.

In den letzten Jahren hat WASSERMANN vornehmlich Tuberkulosestudien betrieben und für die Serodiagnostik aktiver Tuberkulose eine Reaktion der Syphilisreaktion nachgebildet. Der Wert dieser Tuberkulosereaktion ist bei der noch zu kurzen Prüfungszeit umstritten, wenngleich schon soviel feststeht, daß der Tuberkulosewassermann nicht den Syphiliswassermann an Bedeutung erreicht.

AUGUST v. WASSERMANN war eine liebenswürdige, sympathische Persönlichkeit; jedem Kollegen, auch dem einfachen praktischen Arzte, lieh er stets ein williges Ohr. Er war immer humorvoll; in seinem Wesen spiegelte sich die Gemütlichkeit seiner bayrischen Heimat wieder. Die ernste Muse konnte ihn weniger begeistern; er bevorzugte die Variétés, und im Taubenkasino in Berlin, das er nach einer Vorstellung im Metropoltheater gemeinsam mit NEISSER aufsuchte, kam ihm bekanntlich die Grundidee zu seiner Serumreaktion.

WASSERMANN war ein glänzender Redner. Er verstand es meisterhaft, sich auf seine Zuhörer einzustellen und sie fortgesetzt in seinem Bann zu halten. Er hatte eine besondere Befähigung, die verwickeltsten Probleme, oft durch Heranziehung bildlicher Vergleiche aus dem täglichen Leben, selbst dem Laien verständlich zu machen.

Wer dem Verstorbenen persönlich näher treten durfte, wird die in seiner Gesellschaft verbrachten Stunden in angenehmster Erinnerung behalten und mit großer Wehmut empfinden, daß er so früh dahingegangen ist und sein Mund von nun an für immer verschlossen bleibt.

FRITZ LESSER-Berlin.

Viktor Janovský

Am 19. März ist in Prag der bekannte Dermatologe V. JANOVSKÝ gestorben. Er erlag einem langwierigen, rezidivierenden Erysipel der unteren Extremitäten. Der Verstorbene war einer von denen, die an der Wiege der modernen Dermatologie standen. Von seiner Bedeutung zeugt am klarsten sein Lebenswerk.

JANOVSKÝ wurde am 2. Juli 1847 in Prag geboren, studierte daselbst Medizin und habilitierte sich an der tschechischen Universität ursprünglich für Geschichte der Medizin. Bald danach wandte er sich der Dermatologie zu und übernahm auch die Abteilung für diese Erkrankungen, um kurz darauf Vorstand der Lehrkanzel zu werden. So wie HEBRA für die Wiener Schule, ist JANOVSKÝ für die tschechische dermatologische Schule der Begründer geworden. Bis zum Jahre 1918 führte er 40 Jahre lang fast ununterbrochen seine Klinik, welche er in jeder Hinsicht modern ausbaute.

JANOVSKÝ, der zahlreiche Sprachen perfekt beherrschte, knüpfte seit Beginn seiner wissenschaftlichen Tätigkeit persönliche Beziehungen mit namhaften Forschern anderer Nationen an. Diese Eigenschaft, seine außerordentlichen Kenntnisse und Erfahrungen und das vornehme, gewinnende Wesen eines hochgebildeten Mannes schufen ihm unter den meisten Dermatologen der Welt viele Freunde, von denen wohl alle diesen Zeilen mit wehmütigem Gedenken zustimmen werden. Auf diese Art ist JANOVSKÝ bei den Kollegen der großen Nationen einer der bekanntesten tschechischen Wissenschaftler geworden. Er besuchte fleißig Versammlungen und Kongresse und wurde zum Mitglied der meisten dermatologischen Gesellschaften gewählt. Schon der Umstand, das er beim letzten Münchener Kongresse der Dermatologen als einer der Vorsitzenden gewählt wurde, spricht für seine Bedeutung und Beliebtheit.

Von den zahlreichen Arbeiten, welche JANOVSKÝS Namen bekannt gemacht haben, sind es besonders die Monographien „Über Hyperkeratosen", „Multiple neurotische Hautgangrän", „Menstrualexantheme", „Kraurosis vulvae", „Perifolliculitis necrotica" und viele andere Arbeiten aus dem Gebiete der Hautkrankheiten und der Venerologie. Mit seinem Namen verknüpft bleibt die Aufstellung des Krankheitsbildes der „Acanthosis nigricans". Außer den Arbeiten, die er in deutscher Sprache als ständiger Mitarbeiter des Archivs f. Derm. u. Syph. und der „Monatshefte" veröffentlichte, schrieb JANOVSKÝ zahlreiche Abhandlungen in seiner Muttersprache, in welcher er auch seine

Digitized by Google

großen Erfahrungen in einem ausführlichen Werke über Syphilis und Geschlechtskrankheiten niedergelegt hat.

Für uns, denen er eine Klinik aufbaute, welche mit den modernsten Kliniken alter dermatologischer Schulen würdig Schritt hält, bleibt Janovský in jeder Hinsicht unersetzlich. Seine Persönlichkeit vereinigte uns, seine Schüler, fast zu einer Familie, so daß freundschaftliche Beziehungen und gegenseitiges Entgegenkommen — selbst nachdem Janovský die Lehrkanzel verlassen hatte — auch weiter bestehen bleiben. Nie wurde wohl jemand zum Vorsitzenden einer Fachvereinigung mit so viel Liebe und aus innigster Überzeugung gewählt wie Janovský zum ersten Präsidenten der neu begründeten tschechischen dermatologischen Gesellschaft! Trotz seiner vorgeschrittenen Jahre besuchte er stets unsere Sitzungen, und die Fahrten nach Brünn und Preßburg waren ihm nie zur Last.

Janovský war eine starke Individualität und markante Persönlichkeit. Dabei war er — in wissenschaftlicher Hinsicht — vollkommen frei von persönlicher Eitelkeit und einseitig beschränkter Arbeitsrichtung. Er wußte stets auch anderen Forschern gerecht zu werden und ihre Arbeiten vollauf zu würdigen. Diese Eigenschaft und sein unglaubliches Gedächtnis machten sein Wissen zu einem vollständigen Kompendium alles dessen, was je Gutes und Brauchbares in der Dermatologie ausgearbeitet wurde. In diesem Sinne führte er auch seine Schüler zu einem edlen Internationalismus wissenschaftlicher Arbeit. Janovský hatte es längst erkannt, daß die Arbeit und das Wissen eines einzigen Menschen und auch einer einzigen Nation nur unvollständig sein kann. Sympathien oder Antipathien bei der Arbeit von einem anderen Gesichtswinkel als nur dem streng wissenschaftlich objektiven waren ihm fremd. Darum führte er uns dazu, der Ehre unseres Vaterlandes durch gute Arbeit zu dienen, um auf diese Art den großen Nationen zu zeigen, daß auch bei uns ehrliche Herzen und fleißige Hände zur gemeinschaftlichen Arbeit für ein besseres Dasein der Menschheit bereit sind. So erfaßte Janovský menschliche Kultur, und auf diesem Wege wollen wir, seine Schüler, ihm stets folgen.

A. Tayb-Brünn.

Referatenteil

redigiert von Dr. Marie Unna, Hamburg-Bergedorf.

Fachzeitschriften.

Bulletin de la Société Française de Dermatologie et de Syphiligraphie.

Sitzung vom 15. Januar 1925.

Leredde: **Zum Protokoll. Über die Untersuchung der Lumbalflüssigkeit bei frischer Syphilis** (Au sujet de l'examen du liquide céphalo-rachidien chez les syphilitiques récents). Wenn auch die Lumbalflüssigkeit in der Frühperiode verhältnismäßig selten normale Befunde gibt, so ist die Untersuchung doch von Wert, weil der Grad der Veränderungen und der Einfluß der Behandlung von Bedeutung sind.

Clément Simon: **Zum Protokoll. Zur Frage des Treparsols** (Au sujet du tréparsol). Betrifft den Nachweis der Trennung des Treparsolmoleküls.

Hudelo, Kourilsky und Laporte: **Ein Fall eines bei seinem Auftreten einen Lichen ruber vortäuschenden Salvarsanexanthems** (Un cas d'érythème novarsénobenzénique ayant simulé à son début le lichen plan). Frische Syphilis. Nach der 6. Neosalvarsaneinspritzung (0,75) Unbehagen, Erbrechen, Durchfall; 8 Tage später weitere Einspritzung (0,75) nach voraufgehender Adrenalindarreichung gut vertragen, jedoch am darauffolgenden Tage Hauterscheinungen. Es handelt sich um typische Lichen planus gleichende Effloreszenzen von unregelmäßiger Ausbreitung, jedoch spricht der histologische Befund gegen Lichen, und es entwickelt sich unter zunehmendem Jucken innerhalb 6 Tagen eine ausgesprochene Salvarsandermatitis.

Hudelo, Laporte und Kourilsky: **Akute allgemeine Lichen-planus-Eruption im Verlaufe der Röntgenbehandlung eines umschriebenen Lichen planus mit Bestrahlungen der Rückenmarkswurzeln** (Lichen plan généralisé aigu développé au

Digitized by Google

cours d'un traitement radiothérapique radiculo-médullaire de lichen plan discret). Es waren gefilterte Tiefenbestrahlungen zur Anwendung gekommen. Die allgemeine Ausbreitung wird zu der Herxheimerschen Reaktion in Paralelle gesetzt. Derartige Zufälle sprechen nicht gegen die Methode, sind vielmehr ein Beweis für ihre Wirksamkeit. In der Besprechung wird darauf hingewiesen, daß vielleicht die Methode der schwachen, nicht gefilterten Dosen vorzuziehen ist.

Rabut: **Ein Fall von diffusem Herpes** (Un cas d'herpès diffus). Unter starkem Fieber und allgemeinem Krankheitsgefühl aufgetretene rote Flecke mit Gruppen von Bläschen an Stirn, Augenlidern, Wangen, Kinn, Ohren, Ellenbogen.

Louste, Cailliau und Darquier: **Tuberkulöser Schanker im Sulcus coronarius** (Chancre tuberculeux du sillon balano-préputial). Erbsengroßes Knötchen, das auf Druck etwas Eiter entleert; umfangreiche Leistendrüsenschwellung der gleichnamigen Seite. Exstirpation, worauf kleines, induriertes, schmerzloses Knötchen zurückbleibt. Drüsen gehen nicht zurück, werden fistulös. Die histologische Untersuchung des exzidierten Stückes ergibt tuberkulöses Gewebe. Lungen frei. Es handelt sich um eine Inokulationstuberkulose von seltener Lokalisation.

Louste und Louet: **Sekundäre hypertrophische Syphilis der Konjunktiva des linken unteren Augenlides** (Syphilide secondaire hypertrophique de la conjonctive palpébrale inférieure gauche). Runde, schmerzlose, graurote Infiltration, vom Umfange einer Linse, vom freien Lidrand aus sich über die Konjunktiva erstreckend, wurde zuerst für einen Primäraffekt gehalten, doch fehlen regionäre Drüsenschwellungen, auch sind anderweitige Sekundärerscheinungen an verschiedenen Stellen vorausgegangen.

Goubeau: **Mykose der Zunge, syphilitische Plaques muqueuses vortäuschend** (Mycose de la langue simulant des syphilides muqueuses). Fünf runde weiße Plaques. Abgesehen davon, daß Syphilis aus persönlichen Gründen auszuschließen ist, zeigen die Plaques gewisse Eigentümlichkeiten: sie sind vollkommen rund, ringförmig angeordnet, in der Mitte der größeren eine Erhabenheit mit einer kleinen Öffnung, Resistenz beim Betasten, beim Schaben knirschendes Geräusch. Untersuchung ergibt Pilze, die eingehend beschrieben werden, jedoch nicht ganz sicher zu rubrizieren sind, wahrscheinlich zur Klasse der Siphomyzeten gehörend. Aus dieser haben Sclerospora graminicola und Sclerospora macrospora ähnliche Eigenschaften. Sie finden sich auf Getreide; die Pat. hat die Angewohnheit, im Sommer Getreide in den Mund zu nehmen.

Goubeau: **Kleiner Tumor der Zunge, einen hypertrophischen Syphilisplaque vortäuschend** (Petite tumeur de la langue simulant une syphilide muqueuse hypertrophique). Die Affektion ist anscheinend infolge mechanischer Läsion an der Zungenspitze aufgetreten. Syphilis ausgeschlossen; keine Pilze; histologisch papillomatöser Bau.

Lortat-Jacob, Legrain und Cottenot: **Multiple Osteosarkome des Schädels und des Kiefers. Vor einem Jahre in der Gesellschaft vorgestellte, jetzt durch Röntgenbehandlung geheilte Kranke** (Ostéosarcomes multiples du crâne et du maxillaire. Malade présentée à la Société il y a un an et actuellement guérie par la Röntgenthérapie). Vorgestellt in der Sitzung vom 14. Februar 1924. 4 Tiefenbestrahlungen vom 19.—22. Februar. Starke Allgemeinerscheinungen, wegen deren Behandlung unterbrochen. Jetzt nach einem Jahre geheilt, normaler Röntgenbefund.

Sabouraud: **Erythema circinatum centrifugum** (Erythème circiné centrifuge). Im April vorigen Jahres vorgestellter Kranker, nach verschiedenen erfolglosen Behandlungen jetzt geheilt durch 12 Einspritzungen von Curalues (Wismutpräparat). Darier weist darauf hin, daß dies wieder ein Beweis dafür ist, daß die sogenannten spezifischen Mittel auf die verschiedensten Affektionen heilend wirken können und daß aus der Heilung durch ein bestimmtes Mittel allein nicht auf eine bestimmte Affektion geschlossen werden darf.

Burnier und Rejsek: **Zirkumskriptes Lymphangiom von zosteriformem Typus** (Lymphangiome circonscrit à type zoniforme). 24jähr. Frau. Affektion im 14. Lebensjahre aufgetreten, seit 3 Jahren weitere Ausbreitung. Im rechten 5. und 6. Interkostalraum nach vorn kleine, teils isoliert gehäuft stehende Bläschen. Histologisch fällt zystische Erweiterung der im Papillarkörper gelegenen Lymphgefäße und Kompression der Epidermis durch die zystischen Massen auf. Die Wand der Zysten wird durch eine einzige Lage abgeplatteter Endothelzellen gebildet. Die Blutgefäße sind nicht betroffen, das elastische Netzwerk unverändert

Burnier und Rejsek: **Fall von Darierscher Krankheit von zosteriformem Typus** (Un cas de maladie de Darier à type zoniforme). Lokalisation in der rechten Interkostalgegend. Typischer histologischer Befund. Kongenitale Ichthyosis. Tuberkulose.

Digitized by Google

Diabetes. WR positiv. Wismutbehandlung ohne Einfluß auf die Erkrankung. Es handelt sich vielleicht um das Vorliegen einer kongenitalen Syphilis, die schon bei mehreren Fällen von Dyskeratosis follicularis gefunden wurde und möglicherweise eine Rolle in deren Genese spielt.

Burnier und Rejsek: **Fall von lichenoidem Tuberkulid** (Un cas de tuberculides lichénoides). An den oberen Extremitäten reichliche Eruption abgeplatteter, scharf begrenzter, rundlicher oder polygonaler, glänzender, leicht erhabener, je nach dem Alter verschieden gefärbter Papeln mit glatter Oberfläche ohne zentrale Depression, stellenweise leichter Desquamation. Mikroskopisch stellenweise Riesenzellen, keine Tuberkelbazillen. Tuberkulinbehandlung ohne Erfolg, Schwinden nach Röntgenbestrahlungen. Der Fall ähnelt dem Lichen nitidus. Bemerkungen über differentialdiagnostische Unterschiede zwischen diesem sowie Lichen planus und scrofulosorum.

E. Roques und L. Chatellier: **Filarien-Chylurie und Azetylarsan** (Chylurie filarienne et acétylarsan). Die als sehr rebellisch bekannte Affektion wurde durch intramuskuläre Einspritzungen mit dem genannten Medikamente geheilt.

L. Chatellier: **Zwei Fälle von Pustula maligna mit Milzbrandserum behandelt** (Deux cas de pustule maligne traités par le sérum anticharbonneux). Heilung durch intramuskuläre Einspritzungen.

J. Montpellier: **Epidemie von Lichen planus Wilson** (Epidémie de lichen plan de Wilson). Auffallende Häufung von Fällen innerhalb von 2 Monaten.

Milian und Périn: **Acne papulosa miliaris** (Acné papuleuse miliaire). 2 Fälle, bei beiden auf Glasdruck lupoide Herde, identisch den Lupomen bei Lupus miliaris, bei dem einen histologisch intrakutane tuberkuloide Follikel mit charakteristischen Riesenzellen. Es handelt sich bei Acne papulosa miliaris nicht nur um digestive oder menstruelle Störungen, sondern vielleicht um eine Zwischenform zwischen Aknitis und Lupus miliaris.

E. Levin-Berlin.

The Urologic and Cutaneous Review.

Januar 1925, Bd. 29, Nr. 1.

Einige kritische Bemerkungen über die moderne Syphilisbehandlung (A Few Critical Remarks upon Modern Syphilis Therapy), von Reinhold Ledermann-Berlin. S. 1—5. Überblick über die Fortschritte der Syphilisdiagnose und Behandlung der letzten 25 Jahre. Hervorhebung des Salvarsans als mächtigstes Mittel, das jedoch häufig, besonders zur intensiven Behandlung, mit Quecksilber oder Wismut kombiniert oder bei Salvarsanintoleranz bzw. -resistenz durch diese Mittel ersetzt werden muß, die auch zwischendurch im Latenzstadium angewendet werden können.

Der gesunde Menschenverstand bei der Versorgung der Syphilis (Common Sense in the Management of Syphilis), von Walter James Highman-New York. S. 5—10. Wichtige Fragen der Syphilislehre, die besonders dem Praktiker mehr zur Kenntnis kommen sollten.

Die Erfolge der Behandlung von 48 an kongenitaler Syphilis leidenden Kindern (The Results of the Treatment of Forty-eight Children with Congenital Syphilis), von Harald Boas-Kopenhagen. S. 10—13. In Kopenhagen ist ein Heim für kongenitalsyphilitische Kinder gegründet worden, das auf der Welanderschen Idee aufgebaut ist und sich nur dadurch unterscheidet, daß die Kinder bis zum Alter von 14—15 Jahren dort verbleiben können. Es sind bisher 48 Kinder dort behandelt worden. Bei positiver WR wurden im allgemeinen jährlich 4 Behandlungen von 2—6 Salvarsaneinspritzungen und 50 Einreibungen, bei negativer zweimal jährlich 30 Einreibungen (ohne Salvarsan) verabfolgt. Nur 2 Kinder starben. Von klinischen Rezidiven wurde zweimal parenchymatöse Keratitis beobachtet, und zwar bei Kindern, die nur mit Quecksilber behandelt worden waren. Bei diesen bestand auch positive WR. Nach einer Behandlung von 3 Jahren wurde nur noch in 5 Fällen positive WR gefunden, die aber dann in 4 Fällen negativ wurde und nur in einem Falle bestehen blieb, jedoch mit völliger Arbeitsfähigkeit des 20jährigen Mädchens verbunden war. Eine Lumbalpunktion konnte in diesem Falle nicht vorgenommen werden, 18 andere punktierte Fälle erwiesen sich negativ. Von den Kindern war ein Teil in der geistigen Entwicklung hinter gleichalterigen gesunden etwas in der Entwicklung zurück, Schwachsinn wurde jedoch nur in einem Falle festgestellt. Die aus der Anstalt entlassenen Erwachsenen erwiesen sich alle als voll

Digitized by Google

arbeitsfähig, zwei hatten Kinder, von denen ein untersuchtes gesund war und negative WR aufwies.

Indikationen für die Anwendung des Sulphoxylates (Indications for the Use of Sulphoxylate), von Johann H. Fabry-Dortmund. S. 13—23. Ausführlicher Überblick über die Literatur. Ergebnisse: Sulphoxylat ist das am wenigsten toxische Salvarsanpräparat; es ist indiziert nach voraufgegangener Behandlung mit anderen Salvarsanpräparaten, die nicht zur negativen WR geführt hat, zur Behandlung der seropositiven Lues latens, der tertiären Syphilis, der Paralyse und der metasyphilitischen Erkrankungen, der Framboësie und auch der Malaria. Kontraindiziert ist seine Anwendung, abgesehen von den auch für die anderen Salvarsanpräparate bestehenden Kontraindikationen, in kurzen Zwischenpausen und zu mehr als 4 Einspritzungen für jeden Behandlungszyklus. Der Modus der für die verschiedenen Syphilisformen an der Klinik des Verf. durchgeführten Behandlungen wird eingehend geschildert.

Der gesunde Menschenverstand bei der Versorgung der Syphilis (The Common Sense in the Management of Syphilis), von Alfred Schalek-Omaha, Neb. S. 23—25. Der Praktiker ist nicht in der Lage, die ganze umfangreiche Syphilis-Literatur zu studieren, er begnügt sich gewöhnlich mit den Endergebnissen. Daher kommt es, daß in der Praxis manches nicht mit dem, was er gelernt zu haben glaubt, übereinstimmt. Da ist etwas gesunder Menschenverstands für die richtige Beurteilung erforderlich. Auf einige Punkte, besonders auch bezüglich der Bewertung der WR, wird noch besonders hingewiesen.

Fortschritte auf dem Gebiete der Syphilisforschung (Advances in the Field of the Investigation of Syphilis), von Josef Schuhmacher-Berlin. S. 25—31. Verf. berichtet über seine für die Erkenntnis des Wesens und der Behandlung der Syphilis wichtigen histo-chemischen Forschungen: die chemische Konstitution der Spirochaeta pallida, die Viktoriablaufärbung.

Prognose der Keratitis parenchymatosa (Prognosis of Keratitis parenchymatosa), von G. Nobl und W. Löwenfeld-Wien. S. 31—34. Die Erfolge der Behandlung von Salvarsan kombiniert mit Quecksilber oder Wismut in Verbindung mit sorgfältiger spezialistischer lokaler Augenbehandlung waren keine befriedigenden gewesen, indem es zwar gelang, das gesunde Auge vor Erkrankung zu schützen, auch eine negative WR zu erzielen, auf das erkrankte Auge jedoch kein wesentlicher Einfluß ausgeübt wurde. Wesentlich besser wurden die Erfolge nach Reizmittelbehandlung, zu der sich besonders reine Milch, Aolan und Phlogetan als geeignet erwiesen, teils für sich, teils mit nachfolgender spezifischer Behandlung, die dann oft im Gegensatze zu ihrer vorhergehenden Erfolglosigkeit wirksam war.

Ein Fall von geschwüriger Sporotrichosis der Zunge (A Case of Ulcerative Sporotrichosis of the Tongue), von Menahem Hodara-Konstantinopel. S. 34—35. Seit 8 Monaten bestehendes, mit käsigen Massen bedecktes Geschwür an der Unterfläche der Zunge eines 32jähr. Mädchens, bisher für Karzinom oder Syphilis gehalten und beinahe operiert. Sporotrichosis bakteriologisch nachgewiesen (Kultur zeigt dunkles Zentrum mit weißen peripheren Strahlen). Wesentliche Besserung nach 15tägiger Behandlung mit Lugolscher Lösung örtlich und täglich 5 g Jodkali innerlich; völlige Heilung in einigen Wochen zu erwarten.

Erscheinungen an der Haut und den inneren Organen bei Syphilis (Cutaneous and Visceral Lesions of Syphilis), von Jader Cappelli-Turin. S. 35—38. Der große Fortschritt, der nach Einführung des Salvarsans mit der intensiven Salvarsanbehandlung erzielt wurde, ist mit der Gefahr verbunden, daß dadurch eine geringere oder völlig mangelnde Bildung der von dem menschlichen Organismus und besonders von der Haut entwickelten spezifischen Immunkörper eintritt. Als sicherster Beweis einer voraufgegangenen Heilung von Syphilis gilt die Reinfektion. Abgesehen davon, daß nicht alle veröffentlichten Fälle als einwandfrei gelten können und daß das erneute Auftreten eines Schankers noch nicht für erneute Allgemeininfektion spricht, beweisen auch experimentelle Beobachtungen, daß das Wiederauftreten einer allgemeinen Infektion kein Beweis für eine voraufgehende absolute Immunität der Haut und Empfänglichkeit der Haut für das Virus kein Beweis für Heilung oder Schwinden der ursprünglichen Allgemeininfektion ist. Die Möglichkeit einer Superinfektion in allen Stadien der Syphilis kann als sicher gelten. Das Auftreten von Hauterscheinungen vom Typus der Reinfektion wird durch intensive und prolongierte Salvarsanbehandlung begünstigt, die die Haut in einen Zustand von Anergie versetzt. Anscheinende Reinfektion darf daher bei voraufgegangener Abortivbehandlung nicht als Zeichen einer Heilung der

Digitized by Google

ursprünglichen Krankheit betrachtet werden. Die spezielle Rolle der Haut in der Pathologie der Syphilis zeigt sich in den Beziehungen zu Erkrankungen anderer Organe. Bei mangelnden Rezidiven an der Haut wurden bei den früheren Behandlungsmethoden häufiger Erkrankungen der inneren Organe, besonders des Nervensystems gefunden, was auch zu der Annahme eines Dualismus des Virus führte. Diese ist nicht bewiesen, es muß jedoch eine spezielle erworbene Affinität zwischen Virus und Geweben angenommen werden. Eine gewisse Schutzwirkung der Haut besteht entweder im Sinne der Esophylaxie oder dem eines Herdes für die Entwicklung von Schutzkörpern. Da die Abortivbehandlung keine sichere Gewähr für eine Heilung gibt, ist die Frage von Wichtigkeit, ob das durch sie hervorgerufene Ausbleiben von Hauterscheinungen einen Einfluß auf eventuelle Lokalisationen an inneren Organen hat. Diese scheinen jedenfalls nicht im gleichen Verhältnis mit den Hauterscheinungen abgenommen zu haben, von manchen Seiten wird sogar eine Zunahme der Erkrankungen des Nervensystems behauptet. Es wird daher vor zu großem Enthusiasmus bezüglich der Abortivbehandlung gewarnt.

Erfolge der endolumbalen Salvarsanbehandlung in allen Stadien der meningealen Syphilis (Results of Endolumbar Salvarsan Treatment in All Stages of Meningeal Syphilis), von Wilhelm Gennerich-Kiel. S. 38—46. Aus den an der Hand tabellarischer Übersichten dargelegten Erfahrungen werden folgende Schlüsse gezogen: Lumbalpunkion ist, abgesehen von primärer Syphilis, stets wenigstens einmal erforderlich. Alle Fälle mit pathologischem Befund der Lumbalflüssigkeit sind einer die latenten meningealen Prozesse beseitigenden Behandlung zu unterziehen, was besonders durch die neue Doppelpunktionsbehandlung gelingt. Die unmittelbare Behandlung mit reinem Salvarsan ist nur in den frühen Stadien möglich, in denen die Entzündung der Pia noch keine vermehrte Durchgängigkeit erzeugt hat. Bei den älteren meningealen Affektionen erfordert die endolumbale Behandlung eine besondere Erfahrung des Arztes. Die endolumbale Behandlung soll in den Zwischenpausen mit Allgemeinbehandlung (Salvarsan, Hg, Bi) kombiniert werden; nur bei Optikusatrophie darf diese erst nach Stationärwerden des Prozesses vorgenommen werden. Klinische Besserung geht gewöhnlich mit Rückgang des pathologischen Liquorbefundes Hand in Hand. In $^1/_4$ der Paralysefälle bewirkt die endolumbale Behandlung Krampfanfälle oder vorübergehende Steigerung der Symptome, die jedoch selten die 3. oder 4. Behandlung überdauern. Auf die Ausprobung geeigneter Dosen muß besonderer Wert gelegt werden, um ernstliche Komplikationen zu vermeiden. Durch frühzeitige Anwendung der Methode kann vollkommen normaler Liquor erreicht werden; auf tiefere parenchymatöse Veränderungen wirkt vielleicht die Fieberbehandlung energischer, auch könnte Kombination mit Malariabehandlung versucht werden.

Die Wismutbehandlung der Syphilis nebst Bemerkungen über verschiedene Präparate (The Bismuth Treatment of Syphilis with Comments on Various Preparations), von Erich Hoffmann-Bonn. S. 46—54. Empfohlen werden Bismogenol, Milanol, Mesurol. Bedenkliche Komplikationen selten, trotzdem sorgfältige Überwachung erforderlich. Intravenöse Behandlung, auch in Mischspritze, erscheint nicht berechtigt. Zur frühzeitigen Schnellheilung Kombination mit Salvarsan, je nach dem Stadium 1—2—3 Kuren. In älteren, besonders tertiären Fällen können die Kuren länger auseinander liegen, außer bei ungenügender Vorbehandlung und Infektionsgefahr, doch ist vor zu milden Kuren zu warnen. Bei älteren Fällen und viszeraler Syphilis auch Wismut allein bzw. zusammen mit Jod. Gute Erfolge bei Aortitis und Neurosyphilis, bei metasyphilitischen Erkrankungen nur im Beginne der Tabes. Bei kongenitaler Syphilis kann Wismut Hg ersetzen. Wismut und Salvarsan kombiniert bei syphilitischen Schwangeren. Stovarsol und Spirozid können vorläufig noch nicht zur Anwendung beim Menschen empfohlen werden.

Syphilis der Harnblase (Syphilis of the Urinary Bladder), von Irvin S. Koll-Chicago, Ill. S. 54—57. Syphilis der Harnblase ist nicht häufig, die klinischen Symptome sind nicht typisch und auch nicht sehr ausgeprägt, das konstanteste Symptom ist Hämaturie. Wesentlich ist der zystoskopische Befund: im sekundären Stadium makulöse, die ganze Schleimhaut bedeckende, oder papulöse, leicht erhabene, spärlichere oder knötchenförmige, bis walnußgroße, von hyperämischer Schleimhaut bedeckte Efflureszenzen, auch Ulzerationen, bisweilen mit papillären Auswüchsen wie an anderen Schleimhäuten. Den bisher beschriebenen 12 Fällen von Gummibildung wird ein weiterer zugefügt mit Wiedergabe des zystoskopischen Befundes vor der Behandlung (ausgedehnte glanzlose, weiße, gefäßlose Zone, die sich bis zu den weit klaffenden Ureterenmündungen

Digitized by Google

erstreckte) sowie nachher (normaler Befund). Veränderungen, die ursprünglich als charakteristisch für Tabes beschrieben wurden, finden sich auch bei anderen Formen spinaler Syphilis und Rückenmarksverletzungen: Trabekelbildung, Vorwölbung des Verbindungsstreifens der Ureteren, Verlust der rhythmischen Kontraktionen der Uretermündungen; Klaffen der Mündungen ist nicht konstant.

Bemerkungen über die Wismutbehandlung der Syphilis (Remarks on the Bismuth Treatment of Syphilis), von Fritz Juliusberg-Braunschweig. S. 57—59. Der Grad der Wirkung hängt von dem Wismutgehalt der Präparate ab. Es wurde besonders Bismogenol und Sorbismal angewendet, die beide fast völlig schmerzlos sind. Nach einigen Einspritzungen häufig Desquamation von Nierenepithelien und Albuminurie, doch niemals dauernde, schwerere Veränderungen. Toxizität im Verhältnis zu Salvarsan und Hg gering. Salvarsan und Wismut wirkt energischer als Salvarsan und Hg. Zur Vorbereitung einer endgültigen Salvarsanbehandlung scheint eine Kur von Wismut in Verbindung mit Hg von Wert zu sein. E. Levin-Berlin.

Bücherbesprechungen.

Handbuch der amtlichen Gefährdetenfürsorge. Auf Grund amtlichen Materials zusammengestellt und bearbeitet von Anna Pappritz. (Verlag J. F. Bergmann, München 1924.) Im Kampf gegen die Geschlechtskrankheiten fällt der amtlichen Gefährdetenfürsorge ein wesentlicher Teil zu. Die maßgebenden Stellen haben in wachsendem Maße erkannt, wie wichtig die durch die Fürsorgestellen und Pflegeämter geleistete vorbeugende und fürsorgerische Arbeit ist. Erforschung von Infektionsquellen, Anhalten zu regelmäßiger Durchführung ärztlicher Anordnungen, Erinnerung an Wiederholungskuren, Ausschaltung häuslicher Ansteckungsquellen, das alles gehört zu den hygienischen Aufgaben der Fürsorgestellen und Pflegeämter, deren Erledigung eine gute Zusammenarbeit dieser Stellen mit den Ärzten des Ortes zur Voraussetzung hat. Bisher lag noch keinerlei Übersicht über die in diesem Sinne geleistete Arbeit vor. Anna Pappritz hat mit der ihr eigenen präzisen Sachlichkeit das Material der in Deutschland bestehenden 61 Fürsorgestellen und Pflegeämter gesammelt und die Originalberichte veröffentlicht, so daß allen interessierten Stellen die Möglichkeit gründlicher Orientierung aus objektivem Quellenmaterial geboten wird. Ganz besonders seien Kreis- und Kommunalärzte auf diese Zusammenfassung aufmerksam gemacht, die ebenso wie Dermatologen häufig das Bedürfnis haben werden, mit solchen Stellen zusammenzuarbeiten, die fähig sind, den Arzt bei der Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten zu ergänzen und zu unterstützen. Das Handbuch enthält außer der Sammlung des amtlichen Materials ein alphabetisches Verzeichnis der vorhandenen Stellen, einen geschichtlichen Überblick über die Entwicklung der Arbeit von der Herausgeberin, wichtige Berichte und Äußerungen erfahrener Fürsorgerinnen über spezielle Probleme des vielseitigen Arbeitsgebietes. Der Anhang bringt zum Schluß die zum Fragenkomplex gehörenden Gesetz- und Ministerialerlasse, die denjenigen, welche in der Arbeit selbst stehen oder eine Einführung suchen, besonders willkommen sein werden. A. Blumenfeld-Altona.

Heilvorgänge und die Wirkung der Haut und der Schleimhäute, von S. von Kapff. (Verlag der ärztlichen Rundschau, O. Gmelin, München 1924.) Ein spezifisches Heilmittel, das zu jeder Zeit und zu jedem Gift paßt, gibt es nicht, da die verschiedenen Organismen oder Individuen chemisch, physikalisch, physiologisch, biologisch sich verschieden verhalten gegen die Einwirkung. Häufig sehen wir, daß das Mittel nicht direkt das Krankheitsgift trifft, sondern der Krankheitsherd wird durch die Nervenbahn, durch Reaktionen — wie Hyperämie, Fieber-Ausscheidungen — beeinflußt. Die hygienische Lebensweise hält nicht nur äußere Schädlichkeiten ab, sondern macht den Körper widerstandsfähig. Die Naturheilmittel, wie Licht, Luft, Wasser, genügen nicht immer, und wir müssen uns oft anderer Mittel bedienen und probieren, bis wir das Richtige getroffen haben. W. Chrzelitzer-Waldenburg.

Digitized by Google

Mitteilungen aus der Literatur.

Urogenitalapparat.

c. Hoden, Samenbläschen, Prostata.

Über die sogenannte Prostatahypertrophie, von D. Kulenkampff, Chir. Abt. Krankenstift Zwickau. (Zbl. f. Chir., 1924, Nr. 37, S. 2011.) Was wir unter dem Namen Prostatahypertrophie zusammenfassen, sind eine Anzahl Bilder von wechselnder Form. Verf. möchte zwei Hauptgruppen unterschieden wissen: 1. die subvesikalen Adenome. Sie gehen aus der Wucherung der Alberanschen periurethralen Drüsen hervor und haben mit der eigentlichen Prostata nichts zu tun. Ihnen gegenüber stehen 2. die echten Prostataerkrankungen, d. h. die Hypertrophie, die Atrophie und das Karzinom.

F. Landauer-Berlin.

Über die Tuberkulose des Urogenitaltraktus, nur auf die Prostata beschränkt (Tuberculosis of the Genito-Urinary Tract Confined to the Prostate), von W. W. Scott-Baltimore. (J. of Urology, 1924, Bd. 12, Nr. 5, S. 515.) Die isolierte Tuberkulose der Prostata ist eine seltene Erkrankung. In der Mehrzahl der Fälle wurde die Tuberkulose im Verlauf eingehender pathologischer Untersuchungen an dem bei der Operation gewonnenen Material gefunden, ohne daß sich klinische Symptome bestimmter Art offenbart hätten. Auf diesen Punkt muß besonders aufmerksam gemacht werden. Bei Patienten, bei denen trotz der Beschwerden die Diagnose Prostatahypertrophie wie auch Karzinom fraglich ist, soll immer auch eine isolierte Tuberkulose der Prostata in Betracht gezogen werden. Andererseits schließt eine vorhergegangene Tuberkulose weder ein Karzinom noch eine Hypertrophie aus, kann sogar dazu die Disposition schaffen.

A. Rosenburg-Mannheim.

Zur klinischen Diagnose des Prostatakarzinoms, von K. Fischer, Chir.-Urol. Abt. Med. Akad. Düsseldorf. (Zschr. f. urol. Chir., 1924, Bd. 16, H. 3/4, S. 96.) Verf. kommt wegen der frühzeitigen Aussaat der Karzinommetastasen bei meist kleinen Prostatakarzinomen, die klinisch und palpatorisch noch nicht in Erscheinung treten, zu der Forderung frühzeitigster Prostatektomie, sobald die geringsten Beschwerden auftreten. Verf. glaubt, daß er, wenn die langsam und vorsichtig eingeführte Guyonsche Sonde à boule in der Pars prostatica auf einen festeren, kurzen Widerstand stößt, den die breiteren schwereren Sonden reibungslos überwinden, daß man dann schon zur Prostatektomie schreiten müsse, selbst auf die Gefahr hin, einmal eine nicht karzinomatöse, wenig vergrößerte Prostata ektopiert zu haben. In vorgeschritteneren Fällen bietet oft das Röntgenbild des Beckens mit der Lendenwirbelsäule Klarheit, denn am häufigsten metastasiert das Prostatakarzinom in die Lendenwirbel, Kreuzbein, Brustwirbel, Beckenknochen und Femur.

A. Rosenburg-Mannheim.

Über Behandlungsmethoden der Prostatahypertrophie, von L. Casper-Berlin. (D. m. W., 1924, Nr. 45, S. 1530.) Verf. lehnt die von Völcker angegebene parasakrale Operation ab, ebenso alle anderen Methoden, und empfiehlt die zweizeitige suprapubische Prostatektomie. Die Mortalität ist von 15% auf 6% zurückgegangen. Der Exitus wurde teils durch Lungenembolie, Herzschwäche, Marasmus herbeigeführt. Die Operation ist kontraindiziert, wenn die Nieren nicht voll funktionsfähig sind. Das Gelingen der Operation hängt viel von exakter Blutstillung ab. Zur Vermeidung einer starken Blutung soll die Ausschälung der Drüse in der Schicht erfolgen, die jenseits des periprostatischen Venenplexus liegt. Ferner kann man durch Umspritzung der Prostata mit Adrenalin-Novokain von der suprapubischen Wunde und vom Perineum aus die Blutung auf ein Minimum reduzieren. Die Gefahr der septischen Infektion wird stark vermindert, wenn man zur Ableitung des Harnes nach den Damm zu drainiert. Zur Vermeidung von postoperativer Strikturbildung wird empfohlen, den tiefsten, häufig sehr fest sitzenden Teil der Prostata nicht mit Gewalt zu entfernen, sondern ihn mit der Cooperschen Schere abzuschneiden.

F. Harry-Wiesbaden.

Zur Potenzfrage nach der Völckerschen Methode der Prostatektomie, von A. Lieschied, Chir. Univ.-Kl. Halle a. d. S. (Zschr. f. urol. Chir., 1924, Bd. 16, H. 3/4, S. 151.) Die Prostatektomie als solche beeinflußt die Geschlechtsfunktion nicht. Für die perineale Methode führt Verf. an, daß selbst bei Zerstörung des Sakralmarkes beim Bruch des I. Lendenwirbels Erektionen möglich sind, also schadet die durch die Völkersche Methode gesetzte Verletzung des Plexus prostaticus, der Nervi perinei, die die Ejakulations-

Digitized by Google

muskeln versorgen, und der Nervi haemorrhoidales inferiores nichts. Die Vasoligatur befürwortet Verf., da seit ihrer Ausführung es nicht mehr zur Epididymitis kam, was früher häufig der Fall war. Verf. reseziert bzw. unterbindet beiderseitig vor dem eigentlichen Eingriff, da auch ein günstiger Einfluß auf den Allgemeinzustand der Patienten zu erwarten steht und im Hinblick auf die zu erwartende Operation nur zu wünschen ist.

A. Rosenburg-Mannheim.

Ein Tampon gegen schwere Blutungen bei der suprapubischen Prostatektomie, von E. Bouvier, Chir. Univ.-Kl. Graz. (Zbl. f. Chir., 1924, Nr. 39, S. 2131.) Zur Stillung profuser Blutungen nach Prostatektomie hat sich ein 4—6 cm breiter, sechsfach gelegter Gazestreifen bewährt, durch den ein Draht so hindurchgeführt ist, daß der Tampon dadurch eine ziehharmonikaähnliche Form erhält. Das längere Ende des Drahtes wird zur Urethra herausgeleitet, das kürzere oben zur Blasenwunde.

F. Landauer-Berlin.

Die „ideale" Prostatektomie, von G. Mertens, Vereinskrkhs. Bremen. (Zbl. f. Chir., 1924, Nr. 39, S. 2130.) Bei vier Prostatektomien wurde primär die Wunde in der hinteren Blasenwand vernäht. Der Erfolg war eine auffallend geringe Nachblutung und schnell eintretende Kontinenz, die wohl dadurch zustande kommt, daß der Sphincter int. wieder in seine normale Lage gebracht wird und daß durch die Naht der vorderen und hinteren Wunde die alten Druckverhältnisse in der Blase wieder hergestellt werden.

F. Landauer-Berlin.

Experimentelle und histologische Untersuchungen am Hoden, von H. R. Schinz und B. Slotopolsky, Chir. Klin. u. Anat. Inst. Univ. Zürich. (D. Zschr. f. Chir., 1924, Bd. 188, H. 1/2, S. 76—100.) Es wurde zunächst festgestellt, daß die nach Exstirpation des abdominellen sympathischen Grenzstranges eintretende Hodenatrophie nicht, wie von anderer Seite angenommen, auf Störung trophischer Innervation beruht, sondern durch mechanische Insultate bzw. Zirkulationsstörungen bei dem operativen Eingriff bedingt wird. Ferner wurde die Histologie und Histogenese der durch die verschiedensten Eingriffe erzeugten Hodenatrophie und Hodennekrose studiert. Die spezifischen Elemente des Hodens sind bei der Hodenatrophie an Zahl und Art vermindert, bei der Hodennekrose überhaupt nicht mehr vorhanden. Die beiden Zustände sind nach der Genese der Veränderungen scharf zu unterscheiden. Bei der Nekrose gehen die Spermiden zuerst zugrunde, in raschestem Tempo folgen Spermiozyten, Sermiogonien und zuletzt Sertolizellen. Bei der Hodenatrophie ist zwischen Stehenbleiben des Organs auf infantiler Stufe — Hodenhypoplasie — und eigentlicher Atrophie des geschlechtsreifen Organs durch allmählichen Untergang einzelner Kategorien des generativen Anteiles zu unterscheiden; bei beiden Zuständen kann eine Einteilung in verschiedene Stadien erfolgen. Die Widerstandskraft der Sertolizellen steht der der Zwischenzellen gleich. Bei der Hodenatrophie im eigentlichen Sinne besteht der Wandbelag der Kanälchen schließlich nur noch aus Sertolizellen, in dem entsprechenden Atrophiestadium der regressiven Metamorphose (Steinach) jedoch aus indifferenten Zellen.

E. Levin-Berlin.

Über die Veränderungen der Geschlechtsdrüsen des Menschen beim Hungern. Die Sterilisation der Bevölkerung unter dem Einfluß von Hunger, von W. H. Stefko, Städt. Kl. Simferopol. (Virch. Arch., 1924, Bd. 252, H. 2/3, S. 385.) Die mikroskopische Untersuchung nichtkryptorchischer Hoden von hungernden, 14—15jährigen Kindern, zeigte Untergang des spezifischen Hodenparenchyms bei Zunahme des Bindegewebes. Bei hungernden geschlechtsreifen Erwachsenen zwischen 16 und 42 Jahren fanden sich nur in einzelnen Kanälchen und in sehr spärlicher Zahl Spermatozoiden. Bei einzelnen Personen zwischen 14 und 16 Jahren wurde Phagozytose der Spermatozoiden durch Sertolizellen festgestellt. Es löst sich dabei zuerst der Schwanzteil, später auch unter Quellung der Kern. Am dauerhaftesten sind die Hodenzwischenzellen, die stets nachgewiesen werden konnten, selbst beim Kryptorchismus, bei dem der Schwund des spezifischen Gewebes rascher vor sich geht. An der weiblichen Keimdrüse fehlt bei dauerndem Hunger jegliches reifes Ei in den Follikeln. Diese selbst veröden. Dementsprechend findet man auch keine Corpora lutea.

E. Fraenkel-Hamburg.

Der spontane Untergang des gesunden Hodens, von H. Küttner, Chir. Univ.-Klinik Breslau. (D. m. W., 1924, Nr. 38, S. 1291.) Verf. hat 2 Fälle von spontaner Nekrose des Hodens beobachtet, die durch einen Infarkt infolge Unterbrechung der Blutzufuhr bedingt war. Die beschriebenen Fälle nehmen eine Sonderstellung ein, da für Torsion keine Anhaltspunkte vorhanden waren, ferner dadurch, daß die Erkrankung nicht stürmisch, sondern schleichend verlief, und schließlich dadurch, daß der Infarkt

Digitized by Google

nicht hämorrhagisch sondern anämisch war. Die Ursache der Kreislaufunterbrechung war in beiden Fällen nicht festzustellen. F. Harry-Wiesbaden.

Zur Hodenüberflanzung, von Rohleder-Leipzig. (D. m. W., 1924, Nr. 51, S. 1796.) Die Funktionstüchtigkeit verpflanzter und eingewachsener Hoden hängt 1. von dem Alter des Hodenspenders, 2. von dem Gewebe ab, auf das der Hoden implantiert wird. Es ist dem Verf. unverständlich, aus welchen Gründen die Hoden stets auf Muskeln überpflanzt werden, deren histologischer Bau völlig anders ist als der der Hoden. Verf. schlägt für die Zukunft die intratestikuläre Testiseinpflanzung vor.

F. Harry-Wiesbaden.

Über die Hydrozele des Nebenhodens (Hydrocele of the Epididymis. With Report of a Case), von B. A. Thomas und D. C. Thompson-Philadelphia. (J. of Urol., 1924, Bd. 12, Nr. 3, S. 271.) Verf. beobachtete bei einem 69jähr. Manne eine sehr große linksseitige Hydrozele, die sich bei der Operation als eine Hydrozele der Tunica vaginalis des Hodens und einer Hydrozele des Nebenhodens erwies. Die beiden Hydrozelensäcke waren fest miteinander verwachsen. Auch auf der anderen, rechten Seite bestanden zwei Hydrozelen, jedoch nur sehr klein. Bei der Operation lösten sich die Hydrozelenwände so leicht von der Umgebung ab, daß der Verdacht eines malignen Prozesses sicher von der Hand zu weisen ist. A. Rosenburg-Mannheim.

Über die Tuberkulose des Samenstranges (Tuberculosis of the Seminal Tract). von J. R. Dillon. (J. of Urol., 1924, Bd. 12, Nr. 5, S. 479.) Verf. zeigt an 5 Fällen, daß die Tuberkulose des Samenstranges, besondere die primäre Tuberkulose, viel häufiger auftritt, als allgemein angenommen wird. Nach der Ansicht des Verf. verspricht nur die radikale Entfernung des ganzen Samenstranges sichere Heilung. Bei guter rektaler Untersuchung findet man eine bindegewebige Umhüllung als Verhärtung der Prostata und der Samenblasen. Wenn man den Pat. bei einseitiger Epididymitis noch operiert, so kann man das Fortschreiten auf die andere Seite mitunter verhindern. (In Deutschland stehen mehrere Autoren auf dem Standpunkt, daß die Operation eine Miliartuberkulose auslösen kann, und begnügen sich so mit Stauung und Tuberkulingaben, z. T. mit sehr gutem Erfolg. D. Ref.). A. Rosenburg-Mannheim.

Experimentelle Studien am Vas deferens, besonders über die Wirkung von Antisepticis (Experimental Studies on the Vas Deferens. Effect of Antiseptics), von H. C. Rolnick-Chicago. (J. of Urol., 1924, Bd. 12, Nr. 5, S. 445.) Verf. hat seine Versuche an 47 Hunden ausgeführt und 91 mal die Vasa derselben untersucht. Der Endzweck war, festzustellen, welche Antiseptika die Vasa dauernd schädigen und wie häufig mit einem dauernden Verschluß des Vas gerechnet werden muß. Merkurochrom, das therapeutisch in 1- und 2%iger Lösung verwandt wird, wurde in 2- und 3%iger Lösung, Merkurophen, in Lösung 1:4000 und 1:2000 angewandt, wurde in 1:1000 und 1:500 versucht. Meroxyl wurde anstatt in 0,5%iger in 1%iger Lösung angewandt. Kollargol (5%) in 10%iger Lösung, Chlorazen (1—2%) in 1—2%iger Lösung zu Versuchen angewandt. Wenn man bedenkt, daß das Vas nur eine Epithelschicht hat, so ist verständlich, daß das Einlegen einer Kanüle oder jeder direkte Eingriff an dem Vas leicht mit einer Verödung endet, und zwar mit einem dauernden Verschluß. Verf. machte Injektionen in die Urethra und stellte dann sechs Wochen später, wenn also das Vas genügend Zeit hatte, auszuheilen, durch eine Vasotomie feststellen, inwieweit das Vas geschädigt ist. Resultat: Das Merkurochromat ist nicht therapeutisch zu verwerten, da es in der Mehrzahl der Fälle das Vas zur Obliteration bringt, das Meroxyl ist noch ätzender, während das Merkurophen zwar weniger reizend ist, aber doch in wenigen Fällen Obliteration verursacht. Kollargol verursacht noch häufig genug eine Obliteration, so daß es nur mit Vorsicht angewandt werden soll und lieber von dem Chlorazen ersetzt werden soll. Dieses Chlorazen kann in einer Verdünnung von 1:1000 und in einer Verdünnung von 1:400 zu ständigen Spülungen ohne Furcht angewandt werden, ohne daß man einen dauernden Verschluß des Vas befürchten muß.

A. Rosenburg-Mannheim.

d. Nieren, Ureteren, Harn.

Ein Fall von einseitiger Nierenaplasie, der Ureter endet im Vas deferens (Unilateral Renal Aplasia, Ureter Opening Into Vas), von L. F. Huffmann-Cleveland. (J. of. Urol., 1924, Bd. 12, Nr. 4, S. 379.) Verf. beschreibt einen Fall, in dem der linke Ureter bei fehlender linker Niere an normaler Stelle lag, aber nicht in die Blase, sondern in das linke Vas deferens mündet, das verdickt ist und als erweiterter Sack der Prostata anliegt. Sowohl der Ductus ejaculatorius wie ein Lumen des Vas deferens

Digitized by Google

mit Ausnahme der Stelle, an der der Ureter in das Vas einmündete, fehlen. Die beiden Hoden waren ebenso wie die Prostata normal. Andererseits war das Trigonum vesicae durch das Fehlen des einen Ureters anormal. An diesem Falle fiel noch eine Verlagerung der Vena portae auf, sowie mehrere Defekte an der Spina. Zum Beweis, daß der Ureter sich auch ohne Nierenbecken bilden kann, führt Verf. 2 Fälle eigener Beobachtung auf. Der erste hatte auf der linken Seite zwei Ureter, von denen der eine zu einer normalen Niere ging, während der andere blind unterhalb des unteren Poles der linken Niere endete. In dem zweiten Falle fanden sich bei der Zystoskopie zwei Uretermündungen auf der linken Seite, die obere ging zu einer normalen linken Niere, die untere endete nach 9 cm blind im Gewebe. Bei allen 3 Fällen bestand der Defekt auf der linken Seite, die ja bekanntermaßen besonders für Abnormitäten inkliniert.

A. Rosenburg-Mannheim.

Über Uretermündungsdivertikel, von A. Marsella. (Zschr. f. urol. Chir., 1924, Bd. 16, H. 3/4, S. 137.) Das Divertikel enthält das Intramuralstück des Ureters, während es andererseits aus Blasenmuskulatur und teils aus Uretermuskulatur gebildet ist. Die Divertikelöffnung in die Blase ist klein, ebenso bildet die Uretermündung in den Divertikelsack eine Verengerung. Die Muskulatur zeigt nicht die drei Schichten der Blasenmuskulatur an allen Stellen, sondern verläuft in unbestimmter und veränderter Richtung in allen Zonen des Divertikels. Das Divertikel stellt also gewissermaßen ein „Aneurysma" des Ureters dar. Es handelt sich nach Ansicht des Verf. hier um eine angeborene Mißbildung, die er nach der Theorie von J. Swift Joly als Ergebnis der „überzähligen Ureteranlagen" auffaßt und mit Reichel und Pagenstecher annimmt, daß ein „Überschuß von Bildungsmaterial für die Harnblase im Laufe der embryonalen Entwicklung eine Faltung bzw. Abschnürung einer seitlichen Nebenblase veranlaßt".

A. Rosenburg-Mannheim.

Über Schleifenbildung des Harnleiters (Kinks of the Ureter), von I. R. Sisk-Madison, Wisconsin. (J. of Urol., 1924, Bd. 12, Nr. 3. S. 223.) 4 Fälle. In einem Falle zeigte der Ureter, in den ein Ureterenkatheter eingeführt war, erst nach Entfernung desselben die Schleife, die das Pyelogramm gezeigt hatte. Die Adhäsionen, die die Schleife bedingten, wurden gelöst und die Niere an der 12. Rippe befestigt, dadurch der Urether gestreckt und ein Rezidiv der Schleifenbildung unmöglich gemacht. In einem weiteren Falle genügte die Nephropexie, im dritten sogar das 72stündige Liegenlassen des Uretherenkatheters. Ein vierter Fall, vom Verf. diagnostiziert, wurde von anderer Seite durch Nephropexie geheilt, Die chirurgische Behandlung ist die Behandlung der Wahl. Die Schleife kann zur Stauung und Hydronephrosenbildung führen, daher die Schmerzen.

A. Rosenburg-Mannheim.

Ersatz des Ureters durch eine Plastik aus der Harnblase, von R. Demel-I. Chir. Univ.-Kl. Wien. (Zbl. f. Chir., 1924, Nr. 37, S. 2008.) An Hunden hat Verf. große Teile eines Ureters dadurch ersetzt, daß er aus der Harnblase einen Lappen bildete mittels eines Schnittes, der an ihrem linken Rand beginnt und nach rechts oben verläuft. Dieser Lappen wird von links unten nach rechts oben aufgeklappt und nun durch ein in ihn geschnittenes Loch das renale Ureterende hindurchgezogen und sodann an der Blasenwand fixiert. Schluß der Blasenwunde durch dreischichtige Naht. Sollte sich das Verfahren auch beim Menschen bewähren, so käme seine Anwendung in Frage bei auf den Ureter übergreifenden retroperitonealen und Adnextumoren, bei Defekten und Strikturen des Ureters, also Fällen, bei denen bisher häufig verstümmelnde Operationen notwendig waren.

F. Landauer-Berlin.

Die intravenöse Urotropintherapie der Harnverhaltung, von E. Vogt, Univ.-Frauenklinik Tübingen. (M. m. W., 1924, Nr. 23, S. 737.) Obwohl der Aufsatz speziell die Harnverhaltung operierter oder im Wochenbett liegender Frauen zum Gegenstand hat, so dürfte er auch für die Leser dieser Wochenschrift Interesse haben, da ja bei Blennorrhoe und im Gefolge syphilitischer Nervenerkrankungen Harnverhaltungen vorkommen. Dosis: i. M. 5 ccm der sterilen 40%igen Lösung. Steigerung bis zu 10 ccm und Wiederholungen möglich. Körperwarme Lösung. Bei Injektion neben die Vene entsteht lästiges Brennen. Keine Kontraindikation. Gelegentlich als Nebenwirkung Tenesmen oder Blasenblutung. Die Einspritzung hilft nicht nur für den Augenblick, sondern meist dauernd. Gelegentlich Versager. Bei ammoniakalischem Harn wirkt das Mittel nicht. Daher dann gleichzeitig Injektion von 50–100 ccm einer 5—7%igen Lösung von primärem Natriumphospat in die Blase. Vielleicht kann man zu diesem Zwecke auch statt Urotropin Cylotropin nehmen, welches den Säuregrad des Urins vermehrt.

A. v. Notthafft-München.

Digitized by Google

Über den Gebrauch des Merkurochroms per os als Urin- und Darmantiseptikum (The Use of Mercurochrome by Mouth as an Urinary and Intestinal Antiseptic. Preliminary Report), von H. H. Young, W. W. Scott und J. H. Hill. (J. of Urol., 1924, Bd. 12, Nr. 3, S. 237.) Verf. berichtet in dieser vorläufigen Mitteilung über günstige Erfolge mit Merkurochrom, das per os gegeben eine hochgradige antiseptische Wirkung auf die Kolitis und andere Erkrankungen und Infektionen des Darmtraktus ausübt. So glaubt Verf. es auch als vorbereitendes Mittel vor Magendarmoperationen verwenden zu können. Auch in der Urologie wirkt es desinfizierend. Über die Dosierung sagt Verf., daß 900—1200 mg täglich ohne Beschwerden vertragen werden, wenn sie in Pillen gegeben werden, die eine Resorption im Magen vermeiden, was durch Einkleiden in Salol erreicht wurde. A. Rosenburg-Mannheim.

e. Weibliches Genitale.

Die Ursache der Erosionsheilung durch Portiokappen und die Ursache ihrer antikonzeptionellen Wirkung, von J. Novak. (W. m. W., 1924, Nr. 47, S. 2498.) Bei den aus den verschiedensten Metallen bzw. Zelluloid oder Kautschuk hergestellten Portioschutzkappen, die oft wochenlang liegen bleiben, kommt es innerhalb der Kappe zu der Ansammlung einer eiterähnlichen, selten geruchlosen, meist penetrant übelriechenden Flüssigkeit. Merkwürdig ist, daß gerade trotz des langen Liegens der Kappen darunter nicht nur keine Erosionen entstehen, sondern vorhandene noch abheilen. Verf. führt die leichte Abheilung, genau so wie die antikonzeptionelle Wirkung der Kappen, die nicht so fest abschließen, daß nicht an ihren Rändern die Spermatozoen eindringen, wie dort auch das Menstrualblut abfließen kann, auf die Säurebildung innerhalb der Kappen zurück. Er konnte bakteriologisch nachweisen, daß säurebildende Mikroorganismen, in erster Linie Kokken, in dieser Flüssigkeit vorhanden sind. Gerade die Säurebildung aber verhindert die Erosionsbildung bzw. bringt sie zur Abheilung, im Gegensatz zu der Anschauung, daß die Portioerosionen durch das saure Vaginalsekret hervorgerufen werden. Verf. meint, daß das alkalische und ätzende Zervikalsekret an der Erosionsbildung die Schuld trage. Die antikonzeptionelle Wirkung konnte Verf. dadurch nachweisen, daß er zeigen konnte, daß Spermatozoen, in den sauren Kapselinhalt gebracht, schon in wenigen Minuten ihre Beweglichkeit verlieren. E. Langer-Berlin.

Pseudodiphtherie am weiblichen Genitale, von H. Sachs, Gynäk. Abt. d. Städt. Krankenanstalt Königsberg i. Pr. (M. Kl., 1924, Nr. 43, S. 1503—1505.) 3 Fälle, die sämtlich bei gereizter Vulva zustande kamen. Typisch sind die Hautaffektionen mit ihrem leicht nekrotisierenden Charakter. Es handelt sich stets um eine örtliche Erkrankung, die auf Tiere überimpften Bazillen werden nicht virulent. Behandlung: Pinseln mit Trypaflavinlösung 1—2%ig, Salben sind nicht wirksam. Bei Übergreifen auf die Schleimhäute (Scheide, Urethra) Serumeinspritzungen. E. Levin-Berlin.

Selbsthaltendes Scheidenspekulum mit Auffangevorrichtung, von K. Hoffmann-Darmstadt. (W. m. W., 1924, Nr. 36, S. 1854.) An das Nottsche Spreizspekulum hat Verf. eine Auffangevorrichtung angebracht, deren offenes oberes Ende direkt in das hintere Spekulumblatt übergeht, so daß bei Auskratzungen oder Probeexzisionen gewonnene Gewebsteilchen in diese fallen. Des ferneren befindet sich an dem einen seitlichen Blatt eine Bügeleinrichtung, in der in die Portio eingehakte Hakenzangen befestigt werden können. Auf diese Weise ist es ermöglicht, kleine, vor allem diagnostische Eingriffe vorzunehmen. E. Langer-Berlin.

Rektum und Anus.

Die chirurgische Behandlung des nicht heilenden Pruritus ani und bestimmter Formen von zirkumskriptem chronischem Ekzem, von L. Frankenthal-Leipzig. (Zbl. f. Chir., 1924, Nr. 45, S. 2484.) Vgl. Derm. W., Bd. 80, S. 163. F. Landauer-Berlin.

Sexual-Pathologie und -Hygiene.

Der hypophysäre Typus der sexuellen Impotenz, von A. Schüller. (W. kl. W., 1924, Nr. 40, S. 1041.) Zusammenfassende Arbeit. 3 Hauptgruppen: 1. Die Akromegalie und der hypophysäre Riesenwuchs, entstanden durch Hyperpituitarismus, mit meist in späteren Stadien auftretender Impotenz, die manchmal im Beginn sogar gesteigert sein kann. Als 2. Gruppe kommt die Dystrophia adiposogenitalis und der hypophysäre Zwerchwuchs. Bei diesen als hypopituitär aufgefaßten Affektionen dominieren die

Digitized by Google

Störungen von seiten der sexualen Sphäre vollkommen und äußern sich auch in der Nichtausbildung bzw. Rückbildung der sekundären Geschlechtscharaktere. Die 3. Gruppe bildet der hypophysäre Typus der pluriglandulären Insuffizienz. Hier fehlen Ausfallserscheinungen von seiten der Keimdrüsen zwar niemals, sind aber meist von den anderen Symptomen überdeckt. Von pathologisch-anatomischen Veränderungen kommen vor allem Neubildungen der Hypophyse und ihrer Umgebung, außerdem Lues und Hydrocephalus internus und externus in Betracht. Die Diagnose hat nach Ausschluß sonstiger genitaler Störungen den Nachweis auch andersgearteter gestörter Hypophysenfunktion im Sinne von Hyper- und speziell Hypofunktionen zu erbringen. Operativ, röntgenologisch oder durch Substitutionstherapie ist die besprochene Krankheit günstig zu beeinflussen.

F. M. Peter-Hamburg.

Über eine Reaktion des Hodenhormones (Sur une réaction de l'hormone testiculaire), von E. Lagrange. (Compt. rend. acad. des Sciences, 1924, Bd. 179, Nr. 18, S. 923.) Injiziert man einem erwachsenen Kaninchenweibchen frisches Hodenextrakt eines Kaninchenmännchens subkutan, intraperitoneal oder intravenös, so beobachtet man nach einigen Tagen beträchtliche Atrophie der Ovarien, 14 Tage bis 3 Wochen nach Beginn der Behandlung Sterilität; hat vor den Einspritzungen Befruchtung stattgefunden, so tritt keinerlei Reaktion ein und die Schwangerschaft verläuft ungestört weiter. Nach den Untersuchungen stellt das Ovarium ein sehr empfindliches Reagens auf Hodenhormon dar, das der Antagonist des weiblichen Hormones zu sein scheint.

H. Fendt-Wiesbaden.

Sexualpathologie, von O. Schwarz, Urol. Abt. Allg. Polikl. Wien. (W. kl. W., 1924, Nr. 37, S. 887.) In seinem ausführlichen zusammenfassenden Vortrag kommt Verf. zu dem Resultat, daß der weitaus überwiegende Teil von Sexualstörungen auf psychischer Basis beruht, wenn man, wie selbstverständlich, von Aplasie der Schwellkörper, Erkrankungen verstümmelnder Art des Penis, Rückenmarkskrankheiten usw. absieht. Diese Erkenntnis bildet für die bisher lediglich anatomisch orientierte Urologie eine wesentliche Bereicherung und eröffnet ihr neue Erfolg versprechende Wege in der Psychotherapie.

F. M. Peter-Hamburg.

Über Koitierversuche von Kindern, von G. Bodeck-Berlin. (D. m. W., 1924, Nr. 48, S. 1651.) In einem Falle handelt es sich um einen 9 Jahre alten Knaben, der kurze Zeit bei Verwandten untergebracht war und in dem Schlafzimmer des Ehepaares schlief. Nach Hause zurückgekehrt, äußerte er den Wunsch, im Bett der Mutter schlafen zu dürfen, was ihm gestattet wurde. Plötzlich richtete er sich auf, warf sich auf den Leib der Mutter und wollte einen Koitus versuchen. Ein zweiter Fall wurde vom Verf. selbst beobachtet, und zwar bei einem $2^1/_2$ Jahre alten Knaben, der auf dem Rücken einer Dame reitende und rutschende Bewegungen machte. Das Membrum war hochgradig erigiert.

F. Harry-Wiesbaden.

Das Problem der biologischen Altersbekämpfung mittels Keimdrüsenpräparate, von R. F. Weiss. (Zschr. f. Sexualw., 1924, Bd. 11, H. 6, S. 153—156, H. 7, S. 177—183.) Nach Ablehnung der Steinachschen Methode, der Implantation körperfremden Hormonmaterials, erscheint die Zuführung in Form von Organpräparaten aussichtsreicher. Dabei erwiesen sich Extrakte als ungenügend wirksam, im Gegensatz zu Trockenpräparaten, die per os verabfolgt werden können, da die wirksamen Stoffe von den Verdauungssäften nicht verändert und vom Magen-Darmkanal aus gut resorbiert werden. Bei der Zuführung der Keimdrüsenhormone in Form des längere Zeit erprobten Präparates „Rejuven" zeigte sich die Wirkung der Steinachschen Operation gleichstehend, doch ermöglichte im Gegensatz zu dem hier einmaligen Impuls die Substitutionstherapie einen dauernden Ausgleich der dem alternden Organismus fehlenden Hormonmengen. Die Behandlung (je niedriger das Lebensalter, desto vorsichtiger die Dosierung; 0,5—0,1—2,0 g pro die) muß sich über viele Monate und Jahre erstrecken. Die Wirkung tritt (abgesehen von wieder schwindenden Frühreaktionen) nach einer Latenzperiode von 2—4 Wochen ein, zuerst gewöhnlich in Form einer Erotisierung, dann als allgemeine Erfrischung und Regenerierung. Erfolge wurden auch bei hormonal bedingten Erkrankungen im jüngeren Lebensalter (Senium praecox, Infantilismus, menstruellen und klimakterischen Störungen, konstitutionell bedingter Urtikaria und Pruritus) erzielt.

E. Levin-Berlin.

Das Geschlechtsleben des russischen Studententums der Revolutionszeit, von S. Weissenberg. (Zschr. f. Sexualw., 1924, Bd. 11, H. 8, S. 209—216.) Bericht über die Veröffentlichung einer neuerdings vorgenommenen Enquete (J. Hellmann, Das Geschlechtsleben der zeitgenössischen Jugend. Moskau und Petrograd, 1923. Russisch).

Digitized by Google

Zu Grunde lagen 1552 Fragebogen, davon 1214 männlich, 338 weiblich. Das Erwachen des Geschlechtsgefühls zeigte sich etwas später als bei früheren Erhebungen: bei je 15% der Studenten und Studentinnen vor dem 10. Lebensjahre, bei 33% Studenten und 23% Studentinnen zwischen dem 10. und 14., also größtenteils vor Eintritt der Geschlechtsreife; bei 10% der Frauen erst mit 10—20 Jahren, bei 3% noch später, bei 9% überhaupt nicht. Für das Erwachen des Geschlechtsgefühls waren bei 76% Studenten, 67% Studentinnen Faktoren äußerer Art maßgebend (Einflüsse von Freunden und Freundinnen, von Spielen mit dem anderen Geschlecht, von Literatur, Theater, Kino). Onanie verhältnismäßig selten, bei 53% Studenten, 15% Studentinnen; die Frauen fingen gewöhnlich früher zu onanieren an und trieben es länger. 42% der Männer klagten über verschiedene neurasthenische Folgen. Die Onanie dauerte bei ungefähr $^1/_3$ nach Aufnahme des Geschlechtsverkehrs und gleichzeitig mit ihm fort. Geschlechtsverkehr vor dem 14. Lebensjahre gaben 7% Männer und 3% Frauen an, zwischen dem 14. und 16. Jahre 34% bzw. 10%, im ganzen mehr oder weniger regelmäßigen Verkehr 85,5% Männer, 53% Frauen. Eintritt der Menstruation bei 10% bis zum 12. Jahre, 78% im 13.—16., 12% im 17. und später. Geschlechtsempfindung bei 30% vor der Menstruation, bei 18% gleichzeitig. Onanie ging in 59% der Menstruation vorauf, in 8% begann sie gleichzeitig mit ihr; Geschlechtsverkehr bei 3% vorher, bei 1% gleichzeitig. Zum ersten Beischlaf führte innerer Drang bei 52% der Männer, 18% der Frauen. Liebe führte dazu nur bei 0,4% der Männer, 61% der Frauen. 4% der Frauen gaben Notzucht, 4% Not an, nur 10% gingen als Virgines in die Ehe. Beim Verkehr empfanden 48% der Frauen Vergnügen, 14% Widerwillen; Enthaltsamkeit verursachte bei 43% eine gewisse Unbefriedigung, bei 13% mehr oder weniger ausgesprochenes Kranksein, bei 3% eine gewisse Freude, 41% waren indifferent. Die Revolution wirkte bei 13% der Männer, 10% der Frauen auf das Geschlechtsgefühl verstärkend, bei 53% Männern, 31% Frauen vermindernd. Verheiratet waren 21% Studenten, 31% Studentinnen, davon 1% bzw. 11% mit 16 Jahren, 48% bzw. 75% mit 21 Jahren; mit 25 Jahren waren 86% der Männer, 98% der Frauen verheiratet. Zur Ehelosigkeit führte bei 10% der Studentinnen Furcht vor Schwangerschaft, bei 8% Negierung der Ehe, bei 1% Angst vor dem Beischlaf. 62% der verheirateten Studenten verkehrten auch außerehelich. Als Ideal des sexuellen Verkehrs sehen die Ehe 21% Männer, 14% Frauen an, für länger dauerndes Zusammenleben sind 51% bzw. 67%, für kurzzeitiges 12% (7%), für zufälliges 3% (2%), für freie Liebe ohne jede zeitliche Gebundenheit 10% (9%). Venerische Krankheiten wurden von 19% der Männer angegeben. Von den verheirateten Frauen hatten 30% Kinder (davon 78% 1, 16% 2, 6% mehr), 14% abortierten, von den Aborten waren 58% künstlich. 63% der kinderlosen Frauen waren unbefriedigt. Vorbeugungsmittel gebrauchten 23% verheiratete Frauen. 2 Frauen gaben Homosexualismus an. E. Levin-Berlin.

Die Demi-vierge, von M. Marcuse. (Zschr. f. Sexualw., 1924, Bd. 11, H. 6, S. 143—153). Bei der Demi-vierge handelt es sich im Grunde um eine sexuelle Heuchelei, die aber in neuerer Zeit wesentlich abgenommen hat, nach der einen Seite durch größeren Ernst und Selbstbesinnung, nach der anderen durch bewußte Aufgabe der Jungfräulichkeit, deren Wertschätzung auch seitens des Mannes nachgelassen hat. Es werden folgende Typen unterschieden: a) Demi-vierge aus sexueller Motivierung, und zwar 1. infantilistische (geringe Bindung der Sexualbestrebungen an die Genitalfunktionen, orgastische Lustgewinnung schon durch sonst erst „Vorlust" bedingendes Verhalten), 2. sadistische (sexuelle Lust an Qual des bis zum äußersten gereizten, dann unbefriedigt gelassenen Mannes), 3. metatropische (triebhafte Scheu gegen jedes sie in die Passivität drängende Sexualverhalten, ihrerseits aggressive Umwerbung und Befriedigung des Mannes [ante portas]). b) Demi-vierge aus rationalistischer Motivierung: Präventivverkehr mit dem Ziele nicht der Konzeptions- sondern bereits der Deflorationsverhütung. Gäbe es beim menschlichen Weibe kein Hymen, so würde der Begriff eine wesentliche Änderung erfahren. Die Vorsicht des Präventivverkehrs ist hier aufs äußerste getrieben, doch liegt in diesem Überwiegen des Willens und Verstandes über Triebhaftigkeit und Gefühl eine seelisch-sittliche Minderwertigkeit. Eine nicht unerhebliche Gruppe der Demi-vierges kann physisch und moralisch den Zwischenstufen der Ehrbarkeit zugerechnet werden. Zwischen den verschiedenen Typen gibt es Kombinationen und Übergänge. Schwierig zu beurteilen ist die Demi-vierge trotz erfolgter Defloration (mißglücktes Deflorationserlebnis, das zu psychischem Trauma wurde). Unter Umständen kann der Mann dem Weib die Rolle der Demi-vierge aufnötigen (sexuelles Ästhetentum, Inversion). E. Levin-Berlin.

Digitized by Google

Sexualpolitik bei verschiedenen Nationen, von A. Mayer. (Zschr. f. Sexualw., 1924, Bd. 11, H. 8, S. 201—208). Die absolute Abstinenz ist ebenso bedenklich wie die schrankenlose Freigabe des Geschlechtsverkehrs. Um eine vernunftgemäße Lösung zwischen den Extremen zu finden, sind die modernen Völker sehr verschiedene Wege gegangen. Rußland suchte den Ausweg in weitgehender Organisation der Findelhäuser. Frankreich und andere romanische Völker in strenger, abgeschlossener Erziehung der jungen Mädchen der höheren Gesellschaftskreise (bei weitgehender Freiheit für die verheiratete Frau sowie für den Mann; Grisettenwesen), Deutschland in den studentischen Trink- und Fechtbodensitten, England in hervorragender Weise im Sport. In neuerer Zeit wird die japanische Lösung des Sexualproblems empfohlen: ästhetische und gesellschaftliche Hebung der Freudenhäuser und ihrer Insassinnen, Selbstverständlichkeit des Besuches derselben. E. Levin-Berlin.

Prostitution, Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten.

Über die Bedeutung der medizinischen Maßnahmen zur Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten bei Mann und Frau, von J. Jadassohn-Breslau. (Ther. d. Gegenw., 1924, H. 9, S. 405.) Die modernen Fortschritte auf dem Gebiete der venerischen Krankheiten zwingen uns, deren Bekämpfung nicht wie bisher beim weiblichen, sondern vielmehr beim männlichen Geschlecht zu verwirklichen. Der Mann merkt die Blennorrhoe früher als die Frau, infolgedessen ist die Frühdiagnose und Frühbehandlung leichter zu bewerkstelligen. Die Abortivbehandlung ist beim Mann vor Beginn des eigentlich eitrigen Stadiums meist von Erfolg begleitet. Die Frau geht an und für sich wegen Unterleibsleiden seltener zum Arzt, jedenfalls nie im Frühstadium. Die Aussichten der Heilung sind auch bei ihr ungünstiger. Die systematische antiseptische Behandlung ist bei ihr viel schwieriger (Menstruation, Uterus-Blennorrhoe, Bartholinitis, Salpingitis, Rektal-Blennorrhoe). Außerdem besteht bei der Frau die Schwierigkeit des Beweises der Elimination der Gonokokken. Der Befund ist oft negativ, trotzdem kann sie infektiös sein. Was die Lues anbetrifft, so ist die Frühperiode heilbar. Die Frühdiagnose wird beim Manne öfter als bei der Frau gestellt. Bei der Frau ist im seronegativen Stadium oft äußerlich nichts zu sehen (Primäraffekt oder Spirochäten im Zervikalkanal oder in der Urethra). Beim Manne Spirochätenuntersuchung leichter und sicherer. Männer übersehen ihre Genitalläsionen selten. Wem der überwiegende Anteil an der Verbreitung demnach zuzuschreiben ist, ist eine müßige Frage; praktisch wichtiger ist, daß beim Manne, auch in bezug auf prophylaktische Maßnahmen, mehr erreicht werden kann als bei der Frau. B. Nadel-Danzig.

Inwiefern läßt sich die Behandlung der Geschlechtskrankheiten verbilligen? von L. v. Zumbusch. (M. m. W., 1924, Nr. 24, S. 783.) Bei Ulcus molle verringert Bettruhe bis zur vollständigen Heilung die Komplikation mit Bubonen. Diese breit aufzuschneiden oder mit Röntgen zu behandeln, ist nicht nötig. v. Zumbusch hält das Argentum nitricum bei der Blennorrhoebehandlung für weniger ratsam. Stationäre Behandlung ist bei Urethritis posterior, schwereren Komplikationen, Leuten, die sich körperlich nicht ruhig halten können, und bei geschlechtlich Leichtsinnigen durchzuführen. Die Polypragmasie bei Urethritis non specifica und das Zuviel von Vakzinetherapie wird getadelt. Sparsamkeit mit Salvarsan rächt sich. Jod wird zuviel und in unpraktischer Form verordnet. Die stationäre Behandlung der Syphilis empfiehlt sich bei der Gefahr der Weiterverbreitung. Bei älterer Syphilis wird zuviel und zwecklos behandelt. Dem Vortrag sind „Leitsätze" beigefügt, an welchen wohl auch die zur Zeit beratende Kommission nicht viel ändern wird. A. v. Notthafft-München.

Vorschläge zur Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten unter Mitwirkung der Beratungsstellen der Landesversicherungsanstalten, von Scholz-Königsberg. (Mitt. D. Ges. Geschlechtskrkh., 1924, Nr. 15, Nr. 5 u. 6.) Verf. hält die Beratungsstellen für die wirksamsten Stätten zur Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten und betont in seiner Arbeit neben bekannten theoretischen Vorschlägen und Maßnahmen vor allem die Notwendigkeit der Aufsuchung der Infektionsquellen.
B. Nadel-Danzig.

Schutz der Kinder vor Geschlechtskrankheiten, von M. Gumpert, Derm. Abt. Rudolf-Virchow-Krkh. (D. m. W., 1924, Nr. 47, S. 1618.) Verf. berichtet über zwölf Fälle von Geschlechtskrankheiten bei Kindern und schlägt folgende Schutzmaßnahmen vor: 1. Soziale Wohnungspolitik. Jedes Kind muß ein eigenes Bett besitzen. Die Mittel dazu müßten letzten Endes durch eine Sondersteuer aufgebracht werden. Fami-

Digitized by Google

lien mit infektiösen Krankheiten (Tuberkulose, Lues) sollen bei der Zuteilung von Wohnung bevorzugt werden. 2. Periodische Belehrung der Eltern über die ersten Anzeichen, Folgen und Bedeutung der Geschlechtskrankheiten durch Schulärzte, ferner durch Lehrer, Erzieher, Fürsorgebeamte, die in besonderen Kursen hierfür ausgebildet werden. 3. Obligatorische Untersuchung der Kinder auf Geschlechtskrankheiten bei Aufnahme in Kindergärten, Schulen, Heime, Anstalten. Behandlungszwang. 4. Gesundheitszeugniszwang für alle, die berufsmäßig mit Kindern zu tun haben. 5. Ärztliche Berater an den Schulen, um Eltern und Lehrern behilflich zu sein, Kinder über die gefährlichen Klippen der sexuellen Entwicklung hinwegzugeleiten und seelisch Verstörte, Gefährdete, Verführte zu behandeln. 6. Zentrale Stellen zur statistischen Erfassung. 7. Eventuelle Strafmaßnahmen. F. Harry-Wiesbaden.

Neuere Gerichtsentscheidungen über die Rechtsbeziehungen der Geschlechtskrankheiten, von J. Heller-Charlottenburg-Berlin. (Zbl. f. Haut- u. Geschlechtskrkh., 1924, Bd. 12, H. 7/8, S. 337.) Übersichtsreferat.

Zwangsbehandlung und -bewahrung, von Fischer-Defoy-Frankfurt a. M. (Kl. W., 1924, Nr. 50, S. 2302.) Die Notverordnung vom 11. Dezember 1918 gibt die Möglichkeit, gegen Personen, die verdächtig sind, eine ansteckende Krankheit zu verbreiten, mit dem Mittel der Zwangsbehandlung vorzugehen. Praktisch kommt allerdings infolge der Art der Feststellung solcher Personen nur eine Zwangsbehandlung bei Frauen, selten bei Männern in Frage. Am meisten gefährdet sind die Mädchen in der ersten Hälfte der zwanziger Jahre. Es zeigte sich, daß der größte Teil nicht aus Frankfurt stammte und daß besonders stark unter den Berufen die Dienstmädchen vertreten waren. Zum großen Teil unterliegen der Zwangsbehandlung eingeschriebene Dirnen, teils aber auch bei Streifen aufgegriffene heimliche Prostituierte und viele obdachlose Mädchen, die bei Streifen aufgegriffen wurden. Es handelt sich vielfach um Psychopathen, die nun dauernd zwischen Krankenhaus und Irrenanstalt, Entbindungsheim und Gefängnis, Straße und Mädchenasyl hin und her wandern. Es wäre dringend notwendig, daß diese Mädchen, die keinerlei positive Arbeit leisten, durch eine gut ausgebaute Fürsorge durch ein Verwahrungsgesetz in Schutz genommen und zur Arbeit erzogen würden. Es würde dadurch gar nicht eine Mehrbelastung entstehen, die ja zur Zeit auch schon für diese Individuen zum großen Teil sorgen muß, da sie dauernd Gäste der Krankenhäuser, Irrenanstalten, Gefängnisse usw. sind. E. Langer-Berlin.

Die Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten in Dänemark, von H. Haustein-Berlin. (D. m. W., 1924, Nr. 42, S. 1448.) Die Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten wird durch das Gesetz vom 30. März 1906 geregelt, das Bestimmungen über freie Behandlung, nachgehende Behandlung und Strafmaßnahmen gegen wissentlich andere Infizierende enthält. Außerdem sind Schutzmaßnahmen für Amme und Kind getroffen. In Kopenhagen werden die Kranken außer in Polikliniken und im Krankenhaus (300 Betten) in Privatsprechstunden kommunaler Ärzte behandelt. Auch in den größeren Provinzstädten stehen Spezialabteilungen zur Verfügung. Die ambulatorische Behandlung führt der Amtsarzt oder ein kommunal angestellter Spezialarzt. Die Serumuntersuchungen für ganz Dänemark werden im Staatl. Seruminstitut in Kopenhagen ausgeführt. Der Amtsarzt darf verdächtige Personen, durch die eine Weiterverbreitung befürchtet wird, zur Untersuchung zitieren und zwangsweise in ein Krankenhaus einliefern. Der Übergang von der Reglementierung der Prostitution zur allgemeinen Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten vollzog sich in der Art, daß die inskribierten Frauen durch eine Fürsorgestelle in Berufe überführt wurden. Die kongenital-luetischen Kinder werden in den sogannten Welander-Heimen versorgt. Seit dem 1. Januar 1923 besteht ein Gesetz, wonach jeder Ehebewerber nach bestem Wissen und Gewissen eine Erklärung darüber abgeben muß, daß er weder geschlechtskrank war noch ist. Im Bejahungsfall wird der andere Ehepartner durch einen Arzt darüber unterrichtet, so daß die Möglichkeit hat, seine Konsequenzen zu ziehen. Die Statistik, die infolge der seit 1906 bestehenden Meldepflicht genaues Material liefert, zeigt, daß die Zahl der luetischen Frischinfektionen im Jahre 1922 um $33^1/_3$% gegenüber 1912 abgenommen hat. Auch die übrigen Infektionskrankheiten sind seit 1918 im Rückgang. F. Harry-Wiesbaden.

Die Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten in England, von H. Haustein. (M. m. W., 1924, Nr. 24, S. 790.) In England besteht seit 1917 ein Geschlechtskrankheitengesetz. Es sucht die rechtzeitige und ausreichende Behandlung durch die Schaffung von bakteriologisch-serologischen Untersuchungsstellen, bessere Ausbildung der Ärzte und unentgeltliche Polikliniken, die von Fachärzten geleitet sind, sicherzustellen, die Pfuscherei in Form ärztlicher Maßnahmen Unberufener und Verkauf und Anpreisung von

Digitized by Google

Arzneimitteln zu bekämpfen. Die Unannehmlichkeiten poliklinischen Betriebes (Massenabfertigung und mangelnde Rücksichtnahme auf die Verhältnisse der Kranken) sollen vermieden werden. Die Zahl der Behandelten nahm daher einige Jahre beständig zu. Es wird das der eifrig betriebenen ärztlichen Aufklärung der Kranken zugeschrieben. Die Vulvovaginitis der Kleinen wird nicht in Krankenhausabheilungen, sondern nach Anleitung des Arztes von den Müttern behandelt. Auch Ansätze einer sozialen Fürsorge, wie Aufnahme alleinstehender geschlechtskranker Frauen in Zufluchtsheimen, Bestreitung der Fahrtkosten und Arzneien sind vorhanden. Manches sieht allerdings stark nach Prostituiertenrettung und Magdalenenasyl aus. Über die Erziehung zu persönlicher Prophylaxe stehen sich die Meinungen des Nationalrates und der Gesellschaft zur Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten gegenüber, wenn auch nicht mehr so schroff wie früher. Im allgemeinen aber ist der Engländer kein Freund von Agitation, die mehr Schlimmes als Gutes wirken kann. Auch den Prophylaxestationen, in welchen Männer sich post coitum desinfizieren lassen könnten, wenn sie kämen, steht man nur zum Teil freundlich gegenüber und hat sie wieder an die Polikliniken angegliedert. Jede Art Meldepflicht lehnen die Behörden bisher ab. Die Tätigkeit des Nationalrates zur Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten wird durch das Gesundheitsministerium geregelt; im allgemeinen entspricht sie der Tätigkeit unserer deutschen Gesellschaft. Nur scheint man sich gegenüber der Jugend größerer Zurückhaltung zu befleißigen. Bordelle sind seit 1912 verboten. Bewiesene Aufforderung zur Unzucht wird, wenn sie von Frauen ausgeht, immer, wenn sie von Männern ausgeht, nur bei deutlicher Belästigung, wozu Worte von Männern nicht gerechnet werden, bestraft. Ein Vagabondagegesetz richtet sich besonders gegen das Zuhälterwesen. Man hat den Eindruck, daß sehr viel von Sittlichkeit — geredet wird. A. v. Notthafft-München.

Einige Sondereinrichtungen in Massachusetts zur Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten (Some Special Features of Massachusetts Program for Venereal Disease Control), von E. R. Kelley und A. Pfeiffer-Boston. (J. Am. m. Ass., 1924, Bd. 83, Nr. 12, S. 913.) Die Gesundheitsbehörde des Staates Massachusetts hat seit 1918 die Meldepflicht für Syphilis und Blennorrhoe im infektiösen Stadium eingeführt; die Meldung erfolgt unter einer Nummer ohne Namensnennung. Mit Namen genannt werden nur diejenigen, die sich vorzeitig der Behandlung entzogen haben. Sozialbeamte und -beamtinnen erforschen diese Fälle und versuchen, sie der Behandlung wieder zuzuführen. Im Widersetzungsfalle besteht die Möglichkeit, laut Gesetz diese Kranken in Quarantäne bzw. Zwangsbehandlung zu nehmen, was bisher aber kaum angewendet worden ist. Die Überwachung der Behandlung gestaltet sich ähnlich wie bei unseren Beratungs- und Fürsorgestellen. Zu betonen ist aber, daß in Massachusetts jeder auf Antrag kostenlos behandelt wird. Tabellen zeigen, in wie großem Umfang hiervon Gebrauch gemacht wird; der Konsum von Salvarsanpräparaten ist enorm. Die Behandlung geschieht in den „staatlich geprüften" Kliniken für Geschlechtskrankheiten, von denen es in Massachusetts 18 gibt, über den Staat verteilt oder bei anerkannten Ärzten. Die Kliniken werden hierfür vom Staat bezahlt, alle Angestellton dieser Behandlungsstellen kommen vierteljährlich zu Konferenzen zusammen. Als Mittel wird fast ausschließlich Sulpharsphenamin verabreicht, weil es sich auch intramuskulär injizieren läßt, was für die Behandlung der kleinen Kinder in Betracht kommt.. Um der Kurpfuscherei und der Selbstbehandlung vorzubeugen, ist man an alle Apotheken und einschlägigen Geschäfte in aufklärender Weise herangetreten, um den Vertrieb der Mittel zu unterbinden. Es ist gelungen, die 1400 in Betracht kommenden Apotheken und Geschäfte für den Gedanken zu gewinnen. Die noch vorhandenen Mittel wurden, wenn wertlos, vernichtet oder dem Fabrikanten zurückgeschickt; in jeder Apotheke oder Drogerie befindet sich ein Verzeichnis der amtlichen Behandlungsstellen. Eine weitere Neuerung dieses Staates ist die Verordnung, alle Gefangenen auf Geschlechtskrankheiten zu untersuchen und auch bei ganz kurzen Haftstrafen nicht vor ihrer Heilung zu entlassen. Für alle der Unzucht oder ähnlicher Verbrechen Angeklagten ist eine ärztliche Untersuchung vorgesehen. Im Widersetzungsfalle wird dies als ein Zeichen der Schuld angesehen und auf einen Monat Besserungsanstalt erkannt, wo dann die Untersuchung vorgenommen wird. Die Statistik eines einzigen der 88 Gerichtshöfe dieser Art ergibt unter 1500 Angeklagten über 600 Kranke. Aus dem Schlußsatz des Verf. geht hervor, daß sich diese neuen scharfen Einrichtungen im Volke noch nicht allseitigen Beifalls erfreuen; er hofft jedoch durch weitere Aufklärung alle Kreise für diese Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten zu gewinnen. A. de Lemos-Hamburg.

Digitized by Google

Dermatologischer Unterricht. Krankenhauswesen.

Der Ausbildungsgang des Urologen (Graduate Teaching of Urology), von H. L. Kretschmer-Chicago. (J. Am. m. Ass., 1924, Bd. 83, Nr. 9, S. 855.) Der Urologe bedarf einer umfassenden Allgemeinausbildung, da die Probleme der Urologie ungemein häufig Grenzgebiete der Chirurgie und inneren Medizin berühren. Dringende Forderungen sind weiterhin: vollkommene Beherrschung der chirurgischen Technik, praktische Ausbildung an urologischen Krankenabteilungen, die an möglichst zahlreichen Krankenhäusern eingerichtet werden müssen. R. Ley-Kreuznach.

Verschiedenes.

Ausgewählte Kapitel aus dem Gebiete der Krankheiten des Säuglings- und Kleinkindesalters, von K. Blühdorn und H. Völckers, Univ.-Kinderkl. Göttingen. (Beih. z. M. Kl., 1924, Jahrg. 20.) Indikationen zur Behandlung mit künstlicher Höhensonne: Schlechtes Gedeihen, Anämie, Tuberkulose und vor allem Rachitis und Spasmophilie. Vorgeschlagen werden zwei Bestrahlungsschemata: 1. vier Wochen Dauer, zweimal wöchentlich, Beginn mit fünf Minuten, von Woche zu Woche fünf Minuten steigend. Fokusabstand: 70 cm. 2. Zweiwöchige Schnellkur: tägliche Bestrahlung, jeden Tag eine Minute länger, am vierten und elften Tage Pause. Hinweis auf die Verstärkungsmöglichkeit durch orale Gaben von 0,1 g Eosin cryst. Bei Verbrennungsgefahr: Ultrazeozonsalbe. Die Nasendiphtherie wird häufig übersehen. Blutigeitriger Schnupfen, weiß-gelbliche Belege, deren Lösung einen blutenden Defekt hinterläßt, sprechen, trotz negativem Bazillenbefund, für Nasendiphtherie. Rasche Heilung durch 1500—2000 A.E. Di-Serum. Bei der Behandlung der Lues congen. ist auf das Allgemeinbefinden zu achten. Bei elendem Zustand des Säuglings Beginn mit Hydrarg. jod. flav. 0,005—0,01 zweimal täglich per os. Später Schmierkur ($^1/_2$—1 g) und Neosalvarsan (0,01—0,015 pro Kilogramm). Bei energischer Lueskur nach Erich Müller: 0,03 Neosalvarsan pro Kilogramm Körpergewicht. Bismutpräparate können aus Mangel an Erfahrungen noch nicht empfohlen werden. Bei der Behandlung der Erythrodermia desquam. ruht das Hauptgewicht auf der Ernährung. Wenn möglich Frauenmilch, sonst Buttermilch. Bepinseln der nässenden Stellen mit 1—2%iger Höllensteinlösung. Einen um den anderen Tag Einreiben mit Lanolin-Paraffin bzw. starkes Einpudern. Einmal wöchentlich Tanninbad (20 g Acid. tannic.). In desolaten Fällen intraperitoneale Blutinjektionen. R. Ley-Kreuznach.

Die gerichtliche Medizin und die Kunst, die Daten festzustellen (La médecine légale et l'art de vérifier les dates), von G. Thibièrge. (Presse méd., 1924, Nr. 62, S. 649.) Bei der gerichtlichen Medizin bildet, wo es sich um eine syphilitische Infektion oder um Dermatosen handelt, die Feststellung des Datums der Entstehung oft einen Hauptpunkt der Kontroverse. Verf. schildert in ziemlich ausführlicher Darstellung die Fragen, welche sich auf Grund gerichtlicher Klagen an den Sachverständigen richten können. Von Dermatosen kommen Trichophytien, Herpes zoster, Gangrän der Haut, Ekzeme und Pyodermien, wie er aus eigener Erfahrung darlegt, in Betracht. Der Gerichtsarzt ist bei der Beurteilung dieser Fälle in forensischer Hinsicht oft in erster Linie auf die Feststellungen der zuerst behandelnden Ärzte angewiesen, deren Angaben über den Aufnahmebefund in vielen Fällen ausschlaggebend sein werden.
A. Philippi-Bad Salzschlirf.

Über einen Fall von „eineiigen" Zwillingsschwestern mit ungleicher Augenfarbe, von G. Cohen, Derm. Univ.-Kl. München. (Kl. W., 1924, Nr. 47, S. 2150.) Polemik gegen Bauer bezüglich der Verwertung eines Falles von „eineiigen Zwillingsschwestern", von denen Verf. behauptet, daß die Eineiigkeit infolge der ausgesprochenen Unähnlichkeit der Zwillingsgeschwister und der alleinigen Übereinstimmung bezüglich einer bei ihnen vorhandenen Taubstummheit gar nicht in Frage kommen könne.
E. Langer-Berlin.

Erwiderung auf obige Bemerkungen von Gotthard Cohen, von J. Bauer-Wien. (Kl. W., 1924, Nr. 47, S. 2150.) Verf. stellt die Unrichtigkeit der Behauptungen C.'s fest, da C. die eine der Zwillingsschwestern gar nicht gesehen habe, seine anamnestischen Erhebungen unzulänglich gewesen seien und außerdem Verf. sich auf die Aussage des damals die Geburt leitenden Arztes stützen könne. Im übrigen schließt Verf. hiermit diese unfruchtbare Diskussion. E. Langer-Berlin.

Zur methodologischen Bedeutung der Zwillingspathologie, von H. W. Siemens. (M. m. W., 1924, Nr. 18, S. 590.) Der Versuch Levens, die erbliche Bedingtheit der Papillarlinien mittels der Tastballen von Tierfötten beweisen zu wollen, muß abgelehnt

Digitized by Google

werden. Die Verschiedenheit der Papillarliniensysteme bei eineiigen Zwillingen spricht im Gegenteil für die nicht rein erbliche Bedingung jener. Aus den Abweichungen kann man nicht den Schluß auf Verschiedenartigkeit der Erbanlagen eineiiger Zwillinge machen. Da die daktyloskopischen Unterschiede bei eineiigen Zwillingen nicht größer seien als diejenigen zwischen rechter und linker Körperseite derselben Person, diese aber im wesentlichen paratypischer Natur sind, so sind jene geradezu ein Beweis für die Erbgleichheit der eineiigen Zwillinge. Die Behauptung, daß die Muttermäler nicht erblich bedingt seien, wird aufrecht erhalten. Die Annahme von der hohen Übereinstimmung der Erbanlagen der eineiigen Zwillinge findet Schwierigkeiten durch das einseitige Auftreten von Krankheiten. Beispiele: ein Fall von Nystagmus und ein anderer von Epilepsie. A. v. Notthafft-München.

Zur methodologischen Bedeutung der Zwillingspathologie, von L. Leven-Elberfeld. (M. m. W., 1924, Nr. 25, S. 837.) Schlußwort. Leven hält an der Erblichkeit der Papillarlinien fest. Daß trotzdem bei eineiigen Zwillingen Verschiedenheiten vorkommen, beweist, daß die Erbgleichheit keine ganz vollständige ist.
A. v. Notthafft-München.

Zur methodologischen Bedeutung der Zwillingspathologie, von W. W. Siemens. (M. m. W., 1924, Nr. 28, S. 946.) Siemens wendet sich gegen angeblich mißverständliche Auslegung seiner Worte durch Leven und gegen dessen Annahme, daß Papillarlinienunterschiede ein phylogenetisches Merkmal seien. A. v. Notthafft-München.

Erblichkeit des Papillarliniensystems und Erbgleichheit der Eineier, von Leven-Elberfeld. (Kl. W., 1924, Nr. 40, S. 1817.) Auf Grund seiner eigenen Untersuchungen und einiger Literaturangaben vertritt der Verf. nach wie vor gegenüber Siemens die Anschauung, daß die Tastfiguren an den Fingern, und zwar sowohl die „größeren Züge" wie auch die „Minutiae" auf Erblichkeit bei eineiigen Zwillingen beruhen, wenn auch Verschiedenheiten in ihrer Form vorkommen. Verf. konnte nachweisen, daß die Tastfiguren in ihrer ganzen Form an einzelnen homonymen Fingern bei der Mehrzahl der von ihm untersuchten Fälle verschieden waren. Man kann nicht, wie es Siemens zum Teil will, das ganze Figurensystem für paratypisch bedingt erklären. Das gleiche gilt auch für das Vorkommen von Nävi bei eineiigen Zwillingen. Auch hier schließt das differente Auftreten der Nävi bei den eineiigen Zwillingen nicht aus, daß ihre Anlage eine erbliche ist. Es verhalten sich diese Merkmale wie Erbanlagen für beide Körperhälften: Sie zeigen weitgehende Übereinstimmung, ohne sich völlig gleich zu sein. E. Langer-Berlin.

Über den Haarstrich einiger Doppelmißbildungen des Rindes, von Th. Niedoba-Wien. (Anat. Anz., 1924. Bd. 58, Nr. 22—24, S. 564.) Niedobas Untersuchungen sind an einem Material angestellt, welches jeden Zweifel an der Eineiigkeit ausschließt. Verf. fand, daß beim Haarstrich der vielen untersuchten Doppelmißbildungen ein ähnliches Verhalten besteht wie beim Papillarliniensystem, den Nävis und dem Haarstrich eineiiger menschlicher Zwillinge, nämlich Unterschiede bei im allgemeinen weitgehender Übereinstimmung. Bemerkenswert ist noch, daß N. die normal nach einem gewöhnlichen Verdoppelungsschema der Körperachse zu erwartende einfache Verdoppelung der Haarfigur in keinem Falle antraf, sondern akzessorische Einschübe oder Vermehrungen, indem der Gesichtswirbel jedes einzelnen Kopfes Verdoppelungen, ja Verdreifachungen aufwies, die Wirbel symmetrisch verschieden verteilt waren oder ein vereinzelter Einschub zwischen beiden Haarwirbelfeldern der Köpfe auftrat. L. Leven-Elberfeld.

Tagesgeschichtliche Nachrichten.

Habilitiert: Dr. Walther Schulze in Gießen. R.

Nachdruck (auch des Abschnittes „Tagesg. Nachr.") ist ohne Genehmigung des Verlegers nicht erlaubt.

Verantwortlich für die Redaktion: für Originalabhandlungen und T. N.: Prof. Dr. J. H. Rille Leipzig. Für den Referatenteil: Dr. M. Unna, Hamburg-Bergedorf.

Digitized by Google

Dermatologische Wochenschrift

Nr. 18 (Bd. 80) 2. Mai 1925

Aus der dermatologischen Abteilung des Städtischen Krankenhauses Wiesbaden (Leiter: Oberarzt Dr. Gutmann).

Über die Bowensche Dermatose[1]).

Von

C. Gutmann.

Mit 4 Abbildungen im Text.

Im Jahre 1912 lenkte Bowen in Boston die Aufmerksamkeit auf eine bisher nicht beschriebene Erkrankung der Haut, die seitdem seinen Namen trägt und die, nach den bisher publizierten Fällen zu urteilen, auf der einen Seite charakterisiert ist durch ein sehr vielgestaltiges klinisches Bild, andererseits dadurch, daß sie sehr markante, im wesentlichen immer wiederkehrende histologische Befunde im Sinne einer besonderen Form von atypischer Epithelwucherung darbietet; und endlich dadurch, daß, wie es scheint, stets die Entwicklung eines Karzinoms verschiedener morphologischer Gestaltung aus dieser Epithelwucherung heraus der unabweißbare, oft allerdings außerordentlich lange sich hinausziehende Endausgang ist, ganz im Gegensatz zu den anderen uns bekannten sogenannten präkanzerösen Dermatosen, die nur mit mehr oder minder großer Häufigkeit an irgend einer Stelle karzinomatös entarten.

Die beiden Fälle, die Bowen damals bekannt gab, verhielten sich kurz so: Der eine, ein zur Zeit der Beobachtung 49jähriger Mann, hatte in der linken Glutäalgegend einen eigenartigen Ausschlag, dessen erste Anfänge 19 Jahre zurücklagen, und zwar handelte es sich um ein in der Intensität wechselndes, zuerst papulöses, dann papulosquamöses Exanthem. Der zweite, ein 52jähriger Mann, zeigte zwar ähnliche Veränderungen, aber doch von mehr knotig-warzigem Aussehen am linken Unterschenkel, die vor etwa zehn Jahren einzusetzen begonnen hatten. In beiden Beobachtungen standen die Effloreszenzen teils einzeln, teils bildeten sie annuläre oder serpiginöse Formen und erinnerten dann sehr an syphilitische Späterscheinungen; teils waren sie aber auch tumorartig konfluiert. Histologisch fand Bowen Hyper- und Parakeratose, Proliferation des Rete und zahlreiche Karyokinesen und Amitosen, ferner Zellvakuolisation und Kernverklumpung. Zahlreiche Zellen des Rete erwiesen sich nicht normal verhornt, sondern zeigten von Membranen und Hohlräumen umgebene Kerne. Es bestand ferner ein Ödem aller Epidermisschichten mit Krustenbildung an der Oberfläche. Im Korium war neben

[1]) Vortrag, gehalten in der Sitzung der Frankfurter Dermatologischen Vereinigung vom 5. Februar 1925.

Digitized by Google

Gefäßerweiterung ein Infiltrat vorhanden, das vorwiegend Plasmazellen enthielt. Karzinomatöse Entartung konnte Bowen in seinen beiden Fällen nicht feststellen, zweifelte aber nicht an ihrem baldigen Auftreten.

Eine Bestätigung und zugleich eine Erweiterung dieser Bowenschen Befunde erfolgte erst zwei Jahre später, 1914, durch Darier, der drei hierher gehörige Beobachtungen, darunter zwei mit Entwicklung eines Karzinoms, mitteilte. Dann aber erschienen in ziemlich rascher Folge und ziemlich großer Zahl Publikationen über diesen Gegenstand, zunächst ausschließlich von ausländischer Seite, von 1921 ab aber auch von seiten deutscher Autoren, zunächst aus der Feder Jessners, darauf von Langer, Grütz und endlich von Back, so daß, soweit ich die Literatur übersehe, die Gesamtzahl der bisher veröffentlichten Fälle von Bowenscher Krankheit doch auf über 30 angestiegen ist. Davon entfallen auf das deutsche Sprachgebiet überraschenderweise nur 7.

Es kann nun nicht meine Aufgabe sein, alle diese Fälle Ihnen einzeln, wenn auch nur kurz, vorzutragen, da das viel zu weit führen würde. Ich wäre aber auch gar nicht in der Lage, das in ganz einwandfreier Weise zu tun, da mir der allergrößte Teil der ausländischen Arbeiten nur in Referaten zugänglich war, und da außerdem die Referate teilweise ziemlich knapp gehalten sind, und ferner selbst über den gleichen Fall die Berichte in den verschiedenen deutschen Zeitschriften gelegentlich nicht völlig übereinstimmend lauten. Ich beschränke mich daher darauf, Ihnen in großen Zügen zu zeigen, in welchem klinischen Gewande nach den bisherigen Erfahrungen die Erkrankung sich zu präsentieren vermag.

In sehr seltenen Fällen sieht man ein Exanthem, bestehend aus scharf abgesetzten Flecken von rundlicher oder auch mehr unregelmäßiger Form und von rosaroter bis bräunlicher Farbe, deren Oberfläche leicht schuppt und zum Teil leicht atrophisch aussieht. Darier ist geneigt, diese Art der Erkrankung als eine Abortivform oder auch als Initialstadium anzusprechen, aus dem heraus die gewissermaßen typischen Effloreszenzen der Bowenschen Krankheit sich entwickeln. Letztere sind mehr oder minder große und mehr oder weniger erhabene Papeln mit Schuppen und Krusten bedeckt, nach deren Lösung ein roter, teils glatter, teils granulierter oder auch papillomatöser, meist nässender, vielfach auch leicht blutender Untergrund zutage tritt. Nur sehr selten ist eine einzige Papel vorhanden; ganz überwiegend ist das Exanthem aus einer mehr oder minder großen Zahl von solchen zusammengesetzt, die dann manchmal disseminiert stehen, weit häufiger aber an einem oder mehreren umschriebenen Hautbezirken lokalisiert sind. An diesen Stellen nun können die Effloreszenzen auch wieder ganz regellos verteilt sein; überwiegend lassen sie jedoch, wenigstens zum Teil, eine ausgesprochene Neigung erkennen, zu größeren Plaques zu konfluieren oder Gruppen zu bilden, in Ringen sich anzuordnen oder auch serpiginös fortzuschreiten, welch letzteres auf eine gewisse Neigung der Gebilde zu spontaner Rückbildung schließen läßt. In einer Anzahl von Fällen schließlich konnte die Dermatose auch in Gestalt tumorartiger, bisweilen ulzerierter Bildungen beobachtet werden, die sich allerdings bei der mikroskopischen Untersuchung zum Teil bereits als echte Karzinome erwiesen. Diese tumorartigen Formen treten allem Anschein nach innerhalb einer erkrankten

Digitized by Google

Zone fast immer in der Einzahl auf und sind gewöhnlich von mehr oder weniger zahlreichen papulösen Effloreszenzen umgeben, was darauf schließen läßt, daß sie aus einer derartigen Papel oder einer kleinen Gruppe von solchen hervorgegangen sind. Dafür im Hinblick auf die später zu beschreibende eigene, auch die Tumorform der Bowenschen Krankheit aufweisende Beobachtung einige Beispiele!

Der dritte Fall von Grütz hatte auf dem rechten Stirnbeinhöcker eine erbsengroße, die Haut überragende, hellbraune und ziemlich derbe Effloreszenz; Ducrey jun. berichtet von nävusartigen, stark pigmentierten, maulbeerartigen Gebilden von Erbsen- bis Kirschgröße am linken Schlüsselbein und in der Nähe der Brustwarze in einem Falle. Und Darier beschreibt einen makronenartigen, harten, erodierten Tumor am Rücken, der aus einer erhabenen, scharf begrenzten Erosion hervorragte. Das Mit- und Nebeneinandervorkommen papulöser und tumorartiger Gebilde aber illustrieren in sehr schöner Weise z. B. eine weitere Beobachtung von Darier und ein Fall von Hissink. In diesem Falle Dariers saß am rechten Malleolus internus ein 6—8 mm hoher, kleinkastaniengroßer Tumor, der von papulösen, mehr oder minder konfluierenden, schuppenden Effloreszenzen umgeben war. Und was den Fall Hissink betrifft, so war hier am Oberschenkel eine seit vier Jahren bestehende, etwa 1 cm das Hautniveau überragende papillomatöse, mit Krusten bedeckte Geschwulst zu sehen, in deren Nachbarschaft sich noch eine Reihe kleinerer krustöser Effloreszenzen befanden.

Die Lokalisation der Bowenschen Dermatose kann eine sehr verschiedene sein. War auch in den bisherigen Fällen relativ oft der Stamm befallen, so ist im übrigen doch festzustellen, daß das Leiden kaum irgend eine Region des Körpers verschont. Ja, war doch in den Jessnerschen Fällen der Penis und in dem Falle von Covisa und Pineda sogar Handteller und Fußsohle der Sitz der Affektion. Nur die behaarte Kopfhaut ist bisher wenigstens, so weit ich sehe, noch nicht als erkrankt beschrieben worden.

Die regionären Drüsen werden offensichtlich nur selten und spät in Mitleidenschaft gezogen, und zwar wohl erst dann, wenn die Umwandlung in ein Karzinom vollzogen und damit die Möglichkeit einer Metastasierung auf dem Wege der Lymphbahnen geschaffen ist.

Männer und Frauen scheinen in gleicher Weise für das Leiden disponiert zu sein; wenigstens habe ich ein besonderes Überwiegen des einen oder anderen Geschlechtes aus den Angaben der Literatur nicht ersehen können.

Was das Alter betrifft, in dem die Bowensche Krankheit zur Beobachtung kommt, so schwankte dasselbe in dem Gros der bis jetzt bekannten Fälle zwischen 40 und 70 Jahren, und nur gelegentlich ist ein jüngeres Alter angegeben; und so könnte a priori die Vorstellung aufkommen, daß es sich hier um eine Erkrankung des höheren Lebensalters handelt. Wenn man dann aber liest, daß, abgesehen von den schon früh festgestellten Fällen, in einer weiteren Anzahl nach den Angaben der Kranken die ersten Anfänge des Leidens sich Jahre, ja Jahrzehnte zuvor schon bemerkbar machten, so erkennt man, daß dem wohl doch nicht so ist. Es ist vielmehr als sehr wahrscheinlich anzunehmen, daß sehr oft, viel-

Digitized by Google

leicht stets, die ersten Anfänge der Dermatose, wie das auch Grütz annimmt, eventuell schon in das zweite und dritte Lebensjahrzehnt fallen; aber bei ihrer Unscheinbarkeit, und da sie keinerlei Belästigung auslösen, werden sie vielfach übersehen oder doch so gering eingeschätzt, daß die Befragung eines Arztes nicht für notwendig erachtet wird. Und so kommt die Dermatose in der Regel erst dann zu unserer Kenntnis, wenn sie in das papulöse oder gar in das Stadium der Tumorbildung eingetreten ist, worüber unter Umständen, wie wir ja wissen, eine Zeitspanne von 20—30 Jahren verstreichen kann.

So viel über die klinische Seite der Frage! Im Gegensatz zu der Buntheit der äußeren Erscheinungen, in der uns die Bowensche Krankheit gegenübertreten kann, so daß eine Diagnose überhaupt nicht oder doch nur mit einer gewissen Reserve gestellt werden kann, ist das histologische Bild in seinen wesentlichen Zügen immer das gleiche, mag nun ein Fleck oder eine Papel oder ein mehr tumorartiges Gebilde uns zur Begutachtung vorliegen. Etwaige Differenzen zwischen den einzelnen Fällen sind im großen und ganzen eigentlich immer mehr quantitativer als qualitativer Natur.

Man findet, wenn ich die histologischen Befunde zusammenfassend wiedergeben darf, Hyper- und Parakeratose, ferner eine Dyskeratose im Sinne Dariers, d. h. eine gewisse Zahl von Retezellen verhornt abnorm und bildet dann „grains", „corps ronds", „corpuscules nuclées ou non", „globes", „brules" usw. Eine weitere Verhornungsanomalie besteht darin, daß Retezellen bereits in den tieferen Schichten eine der normalen Verhornung ähnliche Umwandlung erfahren, während die Verhornung im Bereiche des Deckepithels ganz oder teilweise ausbleiben kann. Die Körnerschicht ist bald erhalten, bald vollkommen verloren gegangen. Dann besteht eine Akanthose, an der Deckepithel, die interpapillären Epithelzapfen und auch das Follikelepithel teilnehmen bzw. teilnehmen können. Sie erreicht nicht selten ganz exzessive Grade, so daß z. B. die interpapillären Epithelzapfen die 3—4fache Länge gegenüber der Norm erreichen, zugleich aber auch die bizarrsten Formen annehmen. So ausgesprochen nun aber auch das Tiefenwachstum des Epithels sein mag, immer bleibt die scharfe Grenze zwischen den einzelnen Epithelzellenformationen und dem umgebenden Bindegewebe gewahrt, mit anderen Worten, es fehlt das, was wir als infiltrierendes Wachstum zu bezeichnen pflegen.

Das Auffallendste aber nun, was immer wieder als besonders charakteristisch für die Bowensche Dermatose bezeichnet wird, ist der Aufbau der akanthotisch gewucherten Epidermis. Wir sehen hier nämlich nicht mehr oder doch nur noch andeutungsweise die normale Struktur der Epidermis aufrecht erhalten. An ihre Stelle ist ein mehr oder minder wildes Durcheinander vielgestaltiger Zellen getreten. Vor allem erscheint bemerkenswert das Auftreten zahlreicher, vielfach vakuolisierter Zellen mit mehr oder minder chromatinreichen, großen, ja riesenhaften Kernen der verschiedensten Form und vergrößerten Kernkörperchen und mit manchmal erhaltenen, oft auch verwaschenen oder gar nicht mehr sichtbaren Konturen. Auch die palisadenartige Anordnung der Basalzellen ist vielfach völlig aufgehoben. Weiter finden sich, bald mehr oder weniger

Digitized by Google

zahlreich, mehr- und vielkernige, auf dem Wege der Amitose entstandene sogenannte epitheliale Riesenzellen. Die außerordentliche Unruhe des ganzen Bildes erfährt nun noch eine weitere Steigerung dadurch, daß an normalen und atypischen Kernteilungsfiguren kein Mangel herrscht, und ferner durch ein inter- und intrazelluläres Ödem verschiedenen Grades.

Was die Veränderungen im Korium anlangt, so besteht hier ein in den einzelnen Fällen wechselndes, meist aber starkes Infiltrat, das die einzelnen Epithelzapfen und Komplexe in Form eines mehr oder minder breiten Bandes umscheidet und aus Plasmazellen, Lymphozyten und Leukozyten zusammengesetzt ist, wobei manchmal die eine, manchmal die andere Zellform überwiegt. Daneben besteht oftmals Ödem und Blut- und Lymphgefäßerweiterung.

Nach diesen die Geschichte, die Klinik und die Histopathologie der Bowenschen Krankheit betreffenden Bemerkungen möchte ich mir nun erlauben, Ihnen eine Beobachtung zu unterbreiten, die ich nicht anders als hierher gehörig zu deuten vermag.

(Schluß folgt.)

Aus der dermatologischen Abteilung und Poliklinik des Städtischen Krankenhauses in Danzig (Direktor: Dr. Otto Nast).

Die Doldsche Trübungs- und Flockungsreaktion (Verwertbarkeit und vergleichende Untersuchungen).

Von

Dr. Fritz Kasper, Oberarzt der Abteilung

Seit dem 1. Oktober 1923 haben wir die Doldsche Trübungs- und Flockungsreaktion an unserem Material geprüft. Es lag uns daran, ihre Reaktionsbreite festzustellen, sofern sie die Klinik anging. Damit ging Hand in Hand der Vergleich mit der Wassermannschen Originalreaktion und ihren Verfeinerungen, sowie mit den Reaktionen von Sachs-Georgi und Meinicke.

Bei Sachs-Georgi und Meinickes III. Modifikation hatten sich doch im Laufe der Beobachtung und im Vergleich mit der WR Unterschiede ergeben, die nicht immer zu Ungunsten der Flockungsreaktionen ausgefallen waren. Trotz alledem aber konnten weder Sachs-Georgi noch Meinicke III bei unserem Material bei gründlichster Nachprüfung mit verschiedensten Extrakten sich endgültig der WR und ihren Verfeinerungen gegenüber durchsetzen.

So konnte erhofft werden, daß vielleicht die Doldsche Reaktion geeignet gewesen wäre, nicht nur durch die Einfachheit der Methode, sondern auch durch ihre Ergebnisse einen Fortschritt unter den Flockungsreaktionen und für die Diagnostik der Syphilis überhaupt darzustellen.

Diese Aufgabe hatte sich Dold gestellt, nur mit der Einschränkung, daß auch er auf die WR nicht ohne weiteres verzichten wollte, aber im Vergleich mit Sachs-Georgi und Meinicke III schon an demselben Tage die Trübungsreaktion ablesen konnte.

Digitized by Google

Auf die rein praktische Frage, ob solche Frühablesungen unbedingt erforderlich für Diagnostik und Therapie der Syphilis sind, soll hier nicht näher eingegangen werden.

Dold hat sich sehr eingehend mit der Theorie der Flockungsreaktionen, besonders seiner Modifikation in verschiedenen Arbeiten auseinandergesetzt, ebenso Sachs-Georgi und Meinicke, so daß sich weitere Ausführungen erübrigen.

In der Versuchsanordnung haben wir uns genau an Dolds letzte Angaben gehalten, ebenso bei der Ablesung der Resultate.

Zum besseren Verständnis gebe ich hier an dieser Stelle noch eine Erklärung aller in dieser Arbeit vorkommenden Abkürzungen wieder:

Sachs-Georgi = SG
Meinickes III. Modifikation = M III
Wassermann Reaktion = WR
Dold = D { Frühablesung D 1 / Spätablesung D 2.

Literaturergebnisse.

Dold selbst findet bei 600 Untersuchungen in 93,7% völlige Übereinstimmung zwischen WR, SG und D in beiden Ablesungen, mit der WR sogar über 95%, und zwar erhält er bereits bei der Frühablesung in fast allen Fällen ein ausschlaggebendes Resultat.

Strempel findet bei der Nachprüfung von D in seiner I. Modifikation ohne Formelkontrolle eine Übereinstimmung zwischen D und WR in 92%. Nach der makroskopischen Ablesung hat er die Röhrchen auch noch im Agglutinoskop untersucht und auch hier einen deutlichen Unterschied in der Trübung feststellen können.

In einer späteren Arbeit hat Strempel 1575 Seren untersucht, und zwar nach WR, D und SG. Er fand hier eine Übereinstimmung zwischen D und WR in 93,9%, Gleichheit aller Reaktionen ergab sich bei 1441 Seren = 90,7%. Nach seinen Angaben kann man die D-Reaktion noch verschärfen, ohne unspezifische Resultate zu erhalten, durch Steigerung des Kochsalzgehaltes, aber nicht über 1,5%. Mit dieser Modifikation erzielte Strempel Übereinstimmung mit WR in 96,1%. Er fand jedoch eine Überlegenheit der M III gegenüber D.

Von Sachs habe ich eine Vergleichszusammenstellung der verschiedenen Reaktionen in der Literatur nicht finden können. Er äußert sich nur, daß die Bezeichnung Dold-Reaktion eigentlich zu Unrecht bestände, da es sich dabei lediglich um eine Modifikation in der Ablesung handele, die Versuchsanordnung sonst eben die Sachs-Georgische Reaktion sei. Ähnlich hat sich auch Förtig ausgesprochen. Mit der Frühablesung selbst kann sich Sachs nicht befreunden.

Winkler mußte 20% seiner Seren, weil sie getrübt oder hämolytisch waren, für die Frühablesung ausfallen lassen. Er hat sich daher in der Hauptsache an die Resultate der Flockungsreaktion nach 24 Stunden gehalten und hier bei D übereinstimmend mit SG eine größere Reaktionsbreite als bei der WR gefunden. Als Vorteil hebt er gegenüber der SG die Ersparung der Herstellung einer Serumverdünnung hervor und die Möglichkeit, in einer Anzahl von Fällen schon am selben Tage ein Resultat zu erhalten.

Poehlmann prüft die Übereinstimmung zwischen WR, SG und D und fand Übereinstimmung in allen drei Reaktionen in 89,5%, Übereinstimmung für WR und D 1 in 93,25% und mit der D 2 in 96,75%. Poehlmann hebt die gute Übereinstimmung zwischen WR und D in der Spätablesung hervor und rühmt ihre besonders schöne und deutliche Flockung. Er glaubt, daß gerade diese Versuchsanordnung das Optimum für Flockungsreaktionen darstellt.

Kürsten meint, er könne ein abschließendes Urteil noch nicht abgeben, da seine Untersuchungen dazu noch nicht ausreichten, aber er hätte annähernd 100% Übereinstimmung mit WR gefunden.

Lange nicht so günstig sind die Resultate von Zieler. Er hatte D in zwei Extrakten angesetzt und bei der Frühablesung eine Übereinstimmung mit WR in 85%, mit SG in 89% der Fälle gefunden. Unspezifische Reaktionen hat er ebensowenig wie andere

Digitized by Google

Autoren gefunden, dagegen hat er häufiger als bei SG und WR bei einwandfreier Lues ein negatives Resultat erhalten.

Esch und Wieloch fanden bei einer größeren Anzahl Schwangerer- und Wöchnerinnen-Seren einen positiven Ausfall der WR und M III, dagegen einen negativen D. Klinisch waren in allen diesen Fällen keine Anhaltspunkte für die Lues gegeben. Sie glauben daher mit D zuverlässigere Resultate erzielen zu können.

Kiefer untersuchte 1018 Seren nach D 2. Er wich nur insofern von der Originalmethode ab, als er die Kochsalzlösung nicht mit einem Male dem Extrakte zusetzte, sondern allmählich den Extrakt zu der Kochsalzlösung zulaufen ließ. Er erhielt dadurch eine etwas trübere Extraxtverdünnung, glaubte aber dadurch früheres Auftreten der spezifischen Trübung zu bemerken. An chylösen und hämolytischen Seren hatte er einen Ausfall von 2%.

Übereinstimmung mit WR bei der Frühablesung in 92,1%, bei der Spätablesung in 94,3%.

Unspezifische Resultate waren nur 0,5% zu buchen.

Die Hälfte der Seren mit entgegengesetzten Resultaten war WR positiv, D negativ; die andere WR negativ, so daß hier von einer größeren Reaktionsbreite des Dold gegenüber WR nicht die Rede sein kann, es sei denn, daß hier die WR in mehreren Extrakten angesetzt wurde, worüber aber die Angaben fehlen.

Förtig vergleicht vor allen Dingen D mit der neuen Modifikation nach Meinicke (MTR), der seinen Extrakten noch Balsamica hinzufügt. Er kommt zu einer Ablehnung der Dold-Reaktion und erklärt dieselbe als keinen Fortschritt in der Serodiagnose der Syphilis. Auf WR bezogen, gibt er folgende Zahlen an, denen 450 untersuchte Seren zugrunde liegen: SG 89%; MTR a) 88,4%; MTR b) 89,9%; D 1 83,7%; D 2 88,4%.

E. Kehning und M. Werner kamen zu der Überzeugung, daß die Dold-Trübungs-Flockungsreaktion eine stets zuverlässige und leicht ablesbare spezifische Reaktion sei. Sie sei SG vorzuziehen. Übereinstimmung mit WR fand er bei der Frühablesung in 94%, zwischen D 1 und D 2 in 93% und zwischen M III und D 1 91,5%.

Eigene Untersuchungen.

Zur Untersuchung kamen insgesamt etwa 1000 Seren. Nicht alle Seren wurden gleichzeitig allen vier Reaktionen unterworfen. Ich muß mich daher begnügen, die Vergleichsresultate von 700 nach allen Methoden untersuchten Seren zu veröffentlichen.

Bei der Ablesung nach 4 Stunden, die ich stets bei Tageslicht, 2 m vom Fenster entfernt, vornahm, wie Dold sie beschrieb, machte es mir keine erheblichen Schwierigkeiten, zu unterscheiden, ob ein Serum positiv oder negativ anzusprechen sei. Dagegen war es mir nicht möglich, bei Lampenlicht ein einigermaßen sicheres Urteil abzugeben. Es wurde deshalb der Dold-Versuch bei uns stets so früh angesetzt, daß die Frühablesung noch bei Tageslicht gemacht werden konnte.

Die Resultate der Früh- und Spätablesung stimmten in weitgehendstem Maße überein. Nur in wenigen Fällen konnte ich eine Abweichung feststellen derart, daß ich bei der Frühablesung das Resultat (±) buchte und dann bei der Spätablesung teils ein negatives Resultat, teils auch eine deutliche Flockung bemerkte.

Die Fälle, bei denen die Frühablesung nur eine ganz gering vermehrte Trübung aufwies, die Spätablesung jedoch Flockung zeigte, möchte ich so erklären, daß es sich dabei um eine verlangsamte Präzipitation handelte, die von Dold selbst schon beobachtet wurde.

Die gegenteiligen Fälle, bei denen sich zunächst eine, wenn auch ganz geringe Trübungszunahme im Versuchsröhrchen zeigte, dagegen bei der Spätablesung ein eindeutig negatives Resultat ergab, werden den Untersucher dazu führen, stets eine Kontrolle durch die Spätablesung auszuüben.

Digitized by Google

Ich habe daher bei der Zusammenstellung der vergleichenden Resultate der oben genannten vier Reaktionen bei D nur das Resultat der Spätablesung berücksichtigt. Nach Abschluß meiner Arbeit habe ich von der Frühablesung Abstand genommen, zumal im Winter bei den schlechten Lichtverhältnissen sich die pünktliche Ablesung nach 4 Stunden nicht immer einhalten ließ.

Ich habe noch insofern die Frühablesung mit in die Beurteilung meiner Untersuchungen hereingezogen, als ich Seren, die so trüb waren, daß sie für die Trübungsreaktion unbrauchbar waren, auch nicht mehr der Spätablesung unterworfen habe.

Das Untersuchungsmaterial setzt sich zum größten Teil aus den Patientenseren der dermatologischen und venerologischen Abteilung und Poliklinik zusammen, zu einem kleineren Teil aus den uns von den anderen Abteilungen überwiesenen Seren.

Von den untersuchten 700 Seren fielen wegen allzu großer Trübung 11, wegen starker Hämolyse 3 aus, so daß noch 686 Seren allen vier Reaktionen unterworfen werden konnten, davon waren übereinstimmend:

positiv . . . 174
negativ . . 405.

Es stimmten also in allen vier Reaktionen überein 579 Seren, d. s. 84,65%.

Diese Zahl erscheint gering, wenn man sie direkt mit den Zahlenergebnissen anderer Untersucher vergleicht, sie wird aber größer, wenn man die Ergebnisse des Dold-Versuchs nacheinander mit den einzelnen anderen Methoden vergleicht. Zunächst WR mit D.

Ich berücksichtige hierbei auch die Resultate noch einer größeren Anzahl von Seren, da es bei diesem Vergleich ja keine Rolle spielt, ob SG oder M III mituntersucht ist. Es handelt sich hierbei um 919 Seren, von denen

übereinstimmend positiv . . 242
übereinstimmend negativ . 548
übereinstimmend zweifelhaft 15 rechneten.

Völlige Übereinstimmung fand sich also in 805 Fällen oder 87,60%. Die weiteren Ausführungen werden eine Erklärung für das verhältnismäßig ungünstige Resultat liefern.

Die Verteilung der differierenden 114 Seren wird folgende Tabelle erläutern:

Tabelle I.

	WR +	WR −	WR ±
Dold +	—	18	11
Dold −	29	—	41
Dold ±	12	4	—

Aus dieser Tabelle geht schon deutlich hervor, daß die Reaktionsbreite von D geringer ist als die der WR, und das erklärt sich im wesentlichen daraus, daß wir die WR mindestens in vier Extrakten (Organ-, Lues-, Leber-, cholesterinisiertem Herz-Extrakt warm und kalt) ansetzen,

Digitized by Google

häufig aber in der einen oder anderen Methode noch in zwei weiteren Extrakten. Da wir alle Reaktionen sehr scharf ablesen, die cholesterinisierten Extrakte meist auch recht scharf angesetzt sind, so erklärt sich allein daraus die größere Reaktionsbreite der WR, andererseits die prozentual geringe völlige Übereinstimmung mit D und WR.

Die 29 Fälle (vgl. Tabelle), bei denen die WR positiv, D negativ ist, sind zum weitaus größten Teil (23) frische oder auch latente Luesfälle während oder kurz nach der Behandlung, außerdem 2 Fälle von Tabesparalyse, 1 Fall von progressiver Paralyse, 1 Fall von Lues congenita, 1 Fall von Gonorrhoe ohne jeden Anhaltspunkt für Lues und 1 Fall, bei dem sich keine feste Diagnose stellen ließ, da es sich um einen Patienten handelte, der sich den weiteren Untersuchungen entzog. In 7 Fällen waren sowohl M III wie SG übereinstimmend mit WR positiv, in 6 Fällen waren beide Flockungsreaktionen abweichend von WR negativ, in den übrigen Fällen differierten SG und M III untereinander.

Die 12 Fälle, bei denen der Dold ±, WR jedoch positiv war, sind mit Ausnahme eines Falles von Tabesparalyse, in dem der SG, ebenfalls der M III übereinstimmend mit WR positiv war, sämtlich Luesfälle während der Behandlung.

Das Verhalten von SG und M III ist wechselnd, jedoch konnte eine größere Reaktionsbreite bei M III beobachtet werden, wie es auch schon die oben erwähnten Fälle zeigten.

Es ist diese Tatsache auch schon von Nast auf dem nordostdeutschen Dermatologen-Kongreß 1923 in Danzig hervorgehoben worden, desgleichen die längere Persistenz und zuweilen auch ein früheres Auftreten eines positiven M III gegenüber SG.

Ein etwas anderes Bild (vgl. Tabelle) bieten die 18 Fälle, bei denen D +, WR — ist. Nur 8 Fälle sind Luesfälle in der Behandlung, die übrigen 10 Seren sind von Patienten, bei denen keinerlei Anhaltspunkte für eine luetische Infektion gegeben waren und die auch bei längerer Beobachtungsdauer (es handelt sich hier in 8 Fällen um Gonorrhoeen, die lange auf Station lagen) stets ein negatives Serum aufwiesen. 6 dieser Seren tragen dasselbe Datum. Sie zeigten schon bei der Frühablesung eine deutliche Trübungszunahme gegenüber der Formolkontrolle und mußten teils mit +++, teils mit ++ und +/++ bei der Spätablesung bezeichnet werden. An diesem Tage zeigten auch Fälle, bei denen man eine schwache Dold-Reaktion erwarten mußte, eine sehr starke Präzipitation, und einige andere waren ± bei sonst negativen Resultaten, so daß anzunehmen ist, daß an jenem Tage entweder der Extrakt zu stark gewesen ist, die Extraktverdünnung nicht sorgfältig gemacht worden oder die Temperatur im Thermostat nicht genügend hoch war. Wir wollten ursprünglich die ganzen Dold-Resultate dieses Tages nicht verwerten. Da aber ein Fehler im Ansetzen der Reaktion nicht nachgewiesen werden konnte, konnte ich diese Resultate nicht unterschlagen. Bei den 8 anbehandelten Fällen verhalten sich SG und M III verschieden: in 2 Fällen sind beide Flockungsreaktionen übereinstimmend mit D positiv, in 3 Fällen sind SG und M III abweichend von D negativ. Die 10 Fälle mit positivem D und negativer WR, bei denen klinisch Lues ausgeschlossen war, zeigten durchweg auch negativen M III und SG, so daß man diese Fälle wohl alle als durchaus

Digitized by Google

unspezifische Dold-Reaktionen ansprechen kann, unter Berücksichtigung der obigen Ausführung.

Dasselbe Bild bieten die 4 Fälle (vgl. Tabelle) mit zweifelhaftem D und negativer WR. Ein Fall ist eine anbehandelte Lues, bei den übrigen 3 Fällen kann Syphilis ausgeschlossen werden, insbesondere da auch mit Ausnahme 1 Falles von multipler Sklerose, bei dem SG positiv ist, beide Flockungsreaktionen genau wie WR ein negatives Resultat ergaben.

11 Seren zeigten in der Dold-Reaktion Trübung und später Flockung, die WR mußte als zweifelhaft angesehen werden. Es sind durchweg Luesfälle während oder kurz nach der Kur. Das Verhalten von SG und M III ist wechselnd.

Es fehlt nun noch die letzte und größte Kategorie von Seren, die bei negativem D eine zweifelhafte WR haben. Hierzu möchte ich noch bemerken, daß ich als zweifelhafte WR alle diejenigen Reaktionen bezeichnet habe, bei denen in allen Extrakten als Resultat ±,±,±,± gebucht wurde, dann aber auch solche Fälle, in denen Organ- und Luesleberextrakte negativ waren, die cholesterinisierten Extrakte jedoch ein + Resultat ergaben. Bei diesen 41 Seren handelt es sich auch wieder in der Mehrzahl der Fälle (29) um Syphilitiker während der Behandlung, in 12 Fällen davon sind auch M III und SG negativ, bei 8 Fällen weist insbesondere M III ebenfalls ein zweifelhaftes, zuweilen auch positives Resultat auf, SG ist zweifelhaft.

Bei den restlichen 12 Fällen mit negativen D und ±-WR sind 5 Gonorrhoeiker, bei denen jeglicher Anhaltspunkt für Lues fehlt, bei denen auch SG und M III ein absolut negatives Resultat lieferten. Die 3 Fälle, ebenfalls Gonorrhoeiker, haben angeblich vor 12—13 Jahren Lues gehabt, weisen aber keine Erscheinungen auf. Hier sind aber SG und M III teils ±, teils +. Die noch fehlenden 4 Seren stammen von Patienten mit einem verdächtigen Ulkus oder mit Phimose, bei denen SG und M III negativ sind und spätere Untersuchungen auch negative Resultate ergaben.

Nach den Methoden von Dold und Sachs-Georgi kamen gleichzeitig zur Untersuchung 836 Seren, davon waren übereinstimmend:

positiv .	219
negativ .	522
zweifelhaft	8

so daß also 749 Seren völlig in beiden Reaktionen übereinstimmten, d. s. 89,59%.

Es differieren 87 Seren, wie die nachfolgende Tabelle zeigt.

Tabelle II.

	SG +	SG −	SG ±
Dold +	—	26	2
Dold −	22	—	15
Dold ±	8	7	—

Von den 22 Fällen (vgl. Tabelle II) bei denen SG positiv, Dold negativ ist, sind 17 Luesfälle, von denen bei 12 WR negativ und M III ebenfalls

Digitized by Google

positiv reagierten, während bei den übrigen 5 Fällen teils WR, teils M III negativ ansprachen. Drei Fälle sind Gonorrhoeen (WR —, M III —), bei dem einen Fall handelt es sich um eine Arthritis gonorrhoica. Der Patient gibt aber an, vor 12 Jahren Lues gehabt zu haben. WR und M III sind hier negativ. Ein Fall ist unklar, luetische Erscheinungen sind nicht vorhanden. Infektion wird geleugnet. WR ist zweifelhaft, M III positiv. Lumbalpunktion konnte in diesem Falle nicht gemacht werden.

Die 8 Seren, die positiven SG und zweifelhaften D zeigen, sind mit Ausnahme eines Falles von Ikterus anbehandelte Luesfälle. Das Verhalten von WR und M III ist dabei wechselnd.

26 Seren sind D positiv und SG negativ, 16 Fälle davon wiederum anbehandelte Lues. 9 Fälle sind Gonorrhoeen, bei denen sowohl WR als auch M III glatt negativ ausfielen und bei denen keinerlei Anhaltspunkte für Lues vorlagen. 6 davon tragen das schon vorher erwähnte Unglücksdatum. Sie hätten eigentlich aus dem Untersuchungsmaterial ausgeschaltet werden müssen, insbesonders da spätere Blutentnahmen auch hier ein negatives Dold-Resultat ergaben. Bei 1 Fall lag ein verdächtiges Ulkus vor. Leider verließ der Patient das Krankenhaus gleich nach der Untersuchung. WR und M III waren hier völlig negativ.

Die 7 Seren mit negativem SG (vgl. Tabelle II) und zweifelhaftem D gehören mit Ausnahme eines Gonorrhoefalles Patienten mit anbehandelter Lues an, in allen Fällen zeigen auch WR und M III teils positives, teils zweifelhaftes Resultat.

Ebenso sind die 9 Fälle mit positivem D und zweifelhaftem SG ausnahmslos Luesfälle, WR in 7 Fällen ±, in 1 Falle positiv, in einem andern glatt negativ.

Ein interessantes Ergebnis zeitigen die Fälle mit ±-SG und negativem D. Sie zeigen wieder deutlich die geringere Reaktionsbreite von D gegenüber WR und SG, dagegen die größere von M III gegenüber SG und WR. Von 10 Fällen mit anbehandelter Lues haben 8 sechs Salvarsan-Spritzen und entsprechendes Hg erhalten; alle 8 weisen positiven M III auf, 6 sind auch leicht positiv in WR. 2 Seren gehören Patienten mit Gonorrhoe an, WR negativ, M III wurde in diesen Fällen nicht angesetzt. 3 Fälle sind ebenfalls von Patienten mit Gonorrhoe, die aber vor längeren Jahren eine Luesinfektion durchgemacht hatten und damals nur recht unvollkommen behandelt worden waren. Bei allen 3 sind auch WR und M III ±.

Nach D und M III wurden insgesamt 684 Seren untersucht. Es ergaben ein übereinstimmend positives Resultat 180 Seren, übereinstimmend negativ waren 430 Seren und übereinstimmend zweifelhaft 2 Seren, so daß insgesamt 612 Seren = 89,48% in beiden Reaktionen gleichlautend waren. Es differierten 72 Seren. Die Erläuterungen mag folgende Tabelle geben.

Tabelle III.

	M III +	M III —	M III ±
Dold +	—	18	4
Dold —	30	—	10
Dold ±	6	4	—

Digitized by Google

Alle 30 Seren, bei denen D negativ, M III positiv ausfiel, gehören Luetikern an. In sämtlichen Fällen sind auch WR und SG, teils ±, teils klar positiv oder wenigstens eine der beiden Reaktionen teils +, teils ±. Ebenso handelt es sich in den 6 Fällen mit positivem M III und ±-D um Luesfälle in der Behandlung. WR und SG sind meist mit D übereinstimmend zweifelhaft, so daß auch hier wieder die größere Reaktionsbreite der Meinickeschen Reaktion zum Ausdruck kommt.

18 Fälle zeigen bei negativem M III positive Dold-Reaktion. 9 Seren gehören Syphilitikern an, die sich in der Behandlung befinden; in 2 Fällen davon sind auch WR und SG positiv, während 6 Fälle einen absolut negativen SG und 3 auch noch negative WR zeigen.

Die restlichen 9 Fälle sind Gonorrhoeen ohne den geringsten Anhalt für Lues. WR und SG sind absolut negativ.

Die 4 Fälle mit negativem M III und zweifelhaftem D (vgl. Tabelle III) gehören Luetikern an, ebenso die 4 Fälle mit ±-M III und positivem D.

Die letzte Rubrik zeigt wieder die Zuverlässigkeit und große Feinheit von M III. 10 Fälle mit zweifelhaftem M III und negativem D sind sämtlich Luesfälle, und zwar mit 3 Ausnahmen von behandelter Lues am Ende der Kur, in 5 Fällen ist auch SG negativ, während WR in allen Fällen zweifelhaft ausfiel, was lediglich darauf zurückzuführen ist, daß wir Fälle, bei denen sowohl Organ, als auch Luesleberextrakt negativ waren, die cholesterinisierten Extrakte jedoch zweifelhaft waren, auch noch als zweifelhaft bezeichnet haben.

Zusammenfassung.

Die Dold-Reaktion ist als Ergänzungsreaktion der WR brauchbar. Die 1. Ablesung bereitet keine technischen Schwierigkeiten und bedarf nicht allzu großer Übung. Da jedoch zuweilen nach 4 Stunden noch keine als Trübung sichtbare Präzipitation eingetreten ist, zuweilen eine geringe Trübungszunahme sichtbar ist, die nachher verschwindet, und man also mit dem endgültigen Urteil doch stets bis zur 2. Ablesung warten muß, bietet sie keinen wesentlichen Vorteil gegenüber der Sachs-Georgischen Reaktion oder der der III. Modifikation von Meinicke.

Praktisch wird der Frühablesung sowohl in der Praxis als auch in der Klinik nur ganz geringe Bedeutung beizumessen sein. Die Diagnostik der frischen Lues durch den mikroskopischen und klinischen Befund ist jeder anderen Uutersuchungsmethode so weit überlegen, daß man sich heutzutage einem Resultat, das vielleicht in auch nur 1% der Fälle eine Fehldiagnose zuläßt, zumal es sich höchstens um Stunden bis zur endgültigen Feststellung der Diagnose durch das Mikroskop handeln kann, nicht unterwerfen soll.

Unspezifische Resultate wurden in wenigen Fällen beobachtet, doch war bei diesen Fällen ein eventueller Fehler nicht ausgeschlossen.

Abgesehen von diesen Fällen, ist die Übereinstimmung von D mit WR annähernd so groß wie bei SG (etwa 93%), nicht aber so gut wie bei M III, bei der wir an unserer Abteilung über 97% Übereinstimmung mit WR fanden.

Die Übereinstimmung mit SG und M III ist etwas größer als mit WR.

Digitized by Google

Die Reaktionsbreite entspricht ungefähr SG und WR, angesetzt mit Organ- und Luesleberextrakten, sie ist aber wesentlich geringer als bei WR, angesetzt mit cholesterinisierten Extrakten, und bei M III.

Danach ist also auch D wie SG und M III kein Ersatz für die WR und ihre Modifikationen, sondern nur eine angenehme Kontrolle und Ergänzung.

Literatur.

1. Dold, D. m. W., 1921, Nr. 49. — 2. Dold, M. Kl., 1921, Nr. 31. — 3. Dold, D. m. W., 1922, Nr. 8. — 4. Dold, D. m. W., 1922, S. 997. — 5. Meinicke, D. m. W., 1922. Nr. 7. — 6. Meinicke, D. m. W., 1922, Nr. 34. — 7. Kuerten, M. m. W., 1922, Nr. 27. — 8. Strempel, M. m. W., 1922, Nr. 34. — 9. Strempel, Derm. Zsch., 1922, Nr. 1/2. — 10. Sachs, D. m. W., 1922, Nr. 27. — 11. Winkler, M. Kl., 1921, Nr. 51. — 12. Poehlmann, M. m. W., 1921, Nr. 42. — 13. Zieler, M. m. W., 1922, Nr. 14. — 14. Esch u. Wieloch, M. m. W., 1922, Nr. 25. — 15. Kieper, M. m. W., 1922, Nr. 46. — 16. H. Fourtie, D. m. W., 1922, Nr. 6. — 17. Kehring u. Werner, Verwal. Zschr., 1922, Nr. 4.

Die Feier von J. H. Rilles 60. Geburtstag.

Am 10. Dezember 1924 war der Hörsaal der Leipziger Hautklinik dicht gefüllt. Außer zahlreichen Studenten und den Ärzten der Klinik hatten sich fast sämtliche Mitglieder der medizinischen Fakultät und viele Leipziger Ärzte eingefunden. Nachdem die von der Universitätssängerschaft Paulus vorgetragene Weise verklungen war, ergriff Prof. Frühwald-Chemnitz das Wort und überbrachte dem Jubilar die Geburtstagswünsche seiner Schüler. Keiner seiner früheren Assistenten, führte er aus, werde am heutigen Tage anders als mit den Gefühlen der Dankbarkeit, Verehrung und Liebe an den ehemaligen Chef denken, und diese Gefühle wolle er verdolmetschen. Dankbarkeit empfänden sie für das, was sie als Assistenten gelernt, für das reiche Wissen, das ihnen übermittelt wurde, Verehrung für den Gelehrten, dessen überragendes Wissen sie stets bewundert und bestaunt hätten; Liebe aber empfänden sie für den stets gütigen, wohlwollenden und hilfsbereiten Chef. Um diesen Gefühlen auch äußeren Ausdruck zu verleihen, hatte sich ein Ausschuß gebildet, bestehend aus Delbanco-Hamburg, Rusch-Wien und Frühwald-Chemnitz, der eine Ehrung für den Geburtstag vorbereiten sollte. Leider war der ursprüngliche Plan, eine Festschrift herauszugeben, an den wirtschaftlichen Verhältnissen gescheitert, und man hatte daher die Anfertigung einer Erinnerungsmedaille beschlossen. Diese, von Prof. Felix Pfeifer-Leipzig angefertigt, trägt auf der Vorderseite die Züge Rilles, auf der Rückseite die Worte: „In Dankbarkeit seine Schüler, Schriftleitung, Mitarbeiter und Verlag der Dermatologischen Wochenschrift". An der Widmung haben sich 45 Dermatologen des In- und Auslandes beteiligt.

Hierauf gab Oberarzt Dr. Weiler im Namen der Klinik der Verehrung und herzlichen Dankbarkeit für die stets gewährte Anteilnahme und Unterstützung Ausdruck. Er feierte Rille als Lehrer und Forscher, Arzt und Mensch und sprach die Hoffnung aus, daß seine reichen Erfahrungen und Kenntnisse noch lange der Wissenschaft und den Kranken zugute kommen mögen.

Sodann hielt Prof. Delbanco-Hamburg im Namen der Schriftleitung und des Verlages der Dermatologischen Wochenschrift folgende Rede:

Nach den schönen und herzbewegenden Worten Ihrer jüngeren und älteren Schüler mag es Ihren Mitschriftleitern und dem Verlag der Dermatologischen Wochenschrift, der durch Herrn Hofrat Dr. Meiner persönlich vertreten wird, eine Freude und Ehre sein, dem 60jährigen ad multos annos alles Gute und Herzliche zu wünschen. Unser gemeinsamer Freund, mein persönlicher Lehrer, P. G. Unna hätte am liebsten selbst in erweiterter Form den an festlicher Stelle fixierten Glückwunsch hier vorgetragen. Seine hohen Jahre verbieten es ihm. Durch das Entgegenkommen des Herrn Hofrat Meiner ist es uns möglich geworden, im Rahmen einer laufenden Nummer der Dermatologischen Wochenschrift unsere guten Wünsche in eine besondere Form zu kleiden, die nach althergebrachter Sitte den Gelehrten am meisten ziert.

Digitized by Google

Hinter dem Rücken des verantwortlichen Schriftleiters erblickte diese Nummer das Licht der Welt. Sie zürnen uns, lieber Freund, nicht wegen dieser pia fraus, die so oft im wissenschaftlichen Leben begangen werden muß. Wie weit Ihre Gründlichkeit und Kritik, vielleicht allzu sehr gemischt mit dem, was man im profanen Leben Mißtrauen nennt, das Fehlen dieser Nummer bemerkt haben, entzieht sich unserer Kenntnis. Die Rille-Nummer, geschmückt mit Ihrem Bildnis, trägt an der Spitze Unnas Begrüßung, an zweiter Stelle eine kurze und prägnante Würdigung Ihres wissenschaftlichen Lebenswerkes aus der Feder Ihres weit über den Wirkungskreis geschätzten Schülers, und neben einer weiteren kurzen Mitteilung Fähwalds enthält das Heft ausschließlich Arbeiten Hamburger Autoren und Hamburger Institute in einer vorbildlichen Kürze, wie sie dem Charakter unserer Wochenschrift angemessen ist. Hamburger Ärzte wollten den Leipziger Ordinarius feiern, der so viel beigetragen hat zu dem wachsenden Ansehen, dessen sich die Dermatologische Wochenschrift erfreut, wollten aber auch den Mann feiern, der durch seine redaktionelle Tätigkeit einen versöhnenden Ausklang dem Leben ihres berühmten Kollegen und Meisters P. G. Unna verliehen hat. Da darf die Erinnerung schon etwas zurückeilen in eine längst entschwundene Zeit.

Unter der Anregung eines Klassikers unseres Faches, unter Auspitz' Führung wandte Unna sich der Dermatologie zu und wurde sein eifriger Mitarbeiter am Archiv für Dermatologie und Syphilis. Um die Gesamtheit der Ärzte mehr für die erwachte Dermatologie zu interessieren, glaubten Auspitz und Unna ein bescheidenes, in Hamburg zu lieferndes Beiblatt dem Archiv angliedern zu sollen. Unna selbst sollte in die Schriftleitung des Archivs eintreten. Der Plan zerschlug sich. Es kam zu einer Kampfstellung zwischen Wien und Hamburg, zu einer Entfernung, die über 30 Jahre anhielt. Eine Verbindung blieb Unna mit Wien; das war die Tatsache, daß sein Freund Hans v. Hebra eine Zeitlang in die Redaktion der Monatshefte für praktische Dermatologie eintrat.

Mit der Berufung von Riehl und später von Ihnen nach Leipzig faßte die Wiener Schule auf reichsdeutschem Boden kräftig Wurzel. Die Verbindung mit Hamburg wurde wieder aufgenommen und festigte sich mit dem Augenblicke, wo Sie der Aufforderung von Unna folgten und in die Schriftleitung der Monatshefte eintraten, die in eine Wochenschrift umgewandelt wurden. Ihr damals gegebenes Versprechen haben Sie treu eingelöst. Sie wußten Ihre Kollegen auf den österreichischen Hochschulen für das norddeutsche Blatt zu interessieren und dadurch dem alten Groll ein Ende zu machen. 119 der Wiener Schule angehörende Kollegen haben mit fast 300 Beiträgen an der Dermatologischen Wochenschrift mitgearbeitet. Die Auswirkung Ihrer Bemühungen zeigte sich ferner in der großen Beteiligung, mit der Österreichs Dermatologen an Unnas 70. Geburtstag teilnahmen.

Mit Absicht trägt die literarische Ehrung keinen ausgesprochen klinischen Charakter. Der Kliniker Rille ist weltbekannt; weniger bekannt dürfte sein, wie er den Hilfsdisziplinen und neueren Wissensgebieten, die sich unserem Fache angegliedert haben, sein stilles und feines Interesse widmet.

Und noch einen besonderen Zweck verfolgten wir mit dieser Rille-Nummer. Wir beide haben es ja nicht ohne Besorgnis mitangesehen, wie unsere Wochenschrift sich fast zu einer Abladestelle entwickelte für die klinischen Wismuterfahrungen und -beobachtungen. Da war es meine persönliche Bitte, daß einer der besten deutschen Chemiker und experimentellen Biologen auf diesem Gebiet, Giemsa in Hamburg, in wichtigen exakten Beiträgen dem Neuland wieder festen Boden anfüge.

Hochverehrter lieber Freund! Es war Ihnen nicht leicht geworden, das entzückend schöne, in den Bergen hängende Innsbruck mit der Stadt im mitteldeutschen Flachlande zu vertauschen, die allerdings wie keine zweite Rechtspflege, Musik, vorurteilsfreies wissenschaftliches Forschen, Buchhandel und Verlag in echtester deutscher Art versinnbildlicht und in ihren Mauern konzentriert. Ganz warm mögen Sie hier nie geworden sein.

Um so schwerer traf Sie der Schlag, die geliebte, gleichfalls Österreich entstammende Gefährtin verlieren zu müssen, die Sie so unendlich glücklich gemacht haben und die auch Sie so glücklich gesehen hat.

Aber einsam dürfen Sie sich darum nicht nennen. Schüler und Freunde haben Ihnen heute bewiesen, daß Sie der Mittelpunkt eines großen Kreises geworden sind. Ein gütiges Schicksal hat Sie die höchste Ehre einer akademischen Lehrtätigkeit erringen lassen, in einer Stellung, die wie keine andere befähigt, ja geradezu zwingt, jüngere Talente zu entdecken, zu fördern und glücklich zu machen. Schriftleitung und Verlag

Digitized by Google

wiederholen noch einmal, daß Sie Ihnen noch viele Jahre gesegneter Tätigkeit wünschen zum Besten unserer Wochenschrift, zum Ruhme der Alma mater Lipsiensis und des großen deutschen Vaterlandes, zum Segen der leidenden Menschheit!

Ferner hielt Leipzigs berühmter Internist, der seither leider verstorbene A. v. Strümpell, im Namen der leitenden Kliniker des Krankenhauses St. Jakob eine geist- und humorvolle Ansprache. Insbesondere hob er mit Dank die großen Dienste hervor, welche Rille als bewährter Diagnostiker den Nachbarkliniken unablässig leistet.

Es sprachen dann noch Vertreter der Leipziger Studentenschaft sowie der Leipziger Stadtbezirksarzt Dr. Poetter. Dieser dankte dem Jubilar dafür, daß er seine Wissenschaft auch in den Dienst der Volksbelehrung gestellt habe; er habe vor etwa 15 Jahren die Ortsgruppe Leipzig der Deutschen Gesellschaft zur Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten mitbegründet und sich während der ganzen Zeit bisher hervorragend an der Arbeit der Ortsgruppe beteiligt. Diese seine Betätigung auf dem Gebiete der öffentlichen Gesundheitspflege sei gekrönt worden durch die Übernahme der ärztlichen Leitung der Leipziger Beratungsstelle, die in enger Fühlung mit der Gesundheitsbehörde und mit den Krankenkassen und Ärzten arbeite. Im Namen des Vorstandes der Ortsgruppe Leipzig der Deutschen Gesellschaft zur Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten und der Gesundheitsbehörde wurden dem Jubilar Glückwünsche und Dank ausgesprochen.

Zum Schluß sprach Prof. Rille die nachfolgenden Worte des Dankes:

Wäre die Initiative heute mein, ich wüßte mir ein anderes Objekt zur heutigen Feier, einen Adler, der sich zum höchsten Sonnenflug erhoben, neben dem ich mir recht armselig vorkomme wie der kleine Zaunkönig, kümmerlichen Flügelschlags. Heute vor 124 Jahren ward ja Philipp Ricord geboren, unsterblich als Begründer der modernen Syphilidologie. Jetzt ist es aber zu spät, das Programm zu ändern, und ich kann nur dem Zufall danken, der die Geburtsdaten so zusammengelegt, nicht minder auch, daß ich derselben Stadt entsprossen, in der unser größter Meister Ferdinand Hebra das Licht erblickte.

Stand so in meines Werdens Stunde die Sonne gar freundlich zum Gruße der Planeten, so kann es in der jetzigen feierlichen Stunde für mich nichts anderes geben als Dank und wiederum Dank: Dank gegen die Stätten, wo ich meine Ausbildung erlangt, gegen die Persönlichkeiten, die bei ihr mitgewirkt und denen ich verdanke, daß ich heute hier stehen und Ihnen, verehrte Freunde, für das, was Sie so nachsichtsvoll und in überreichstem Maße von Gutem und Liebem mir entgegenbringen, aus vollstem Herzen danken darf.

Zuvörderst gilt mein Gruß der heimatlichen Erde, meiner lieben und schönen Vaterstadt, die sich in wissenschaftlicher Richtung wohl sehen lassen darf — hat doch Gregor Mendel seine bahnbrechende Vererbungsforschung dort betrieben und in rührend anspruchsloser Form veröffentlicht; gar oft habe ich die edlen freundlichen Züge dieses großen Mannes schauen dürfen.

Ich gedenke meiner greisen Mutter und möchte wünschen, daß von der nach wie vor glänzenden Beobachtungsgabe der Achtzigjährigen noch mehr auf den Sohn übergegangen wäre.

Ich gedenke meiner Brünner Lehrer, ihrer Unterweisung und Anregung, besonders in den naturwissenschaftlichen Fächern. Sie hatte zur Folge, daß gegen 15 meiner Mitschüler sich der Medizin zuwandten und sogar 4 Professoren und Dozenten der theoretischen wie klinischen Medizin geworden sind. Bei mir ging es aber nicht so schnell; ich sollte erst einen wirr und kraus verschlungenen Entwicklungsgang durchmachen. Mit Begeisterung ergriff ich das Studium der klassischen Philologie, und ich kann Ihnen sagen, daß ich von der strengen Logik, Kritik und Skepsis, welche die oft zu Unrecht verlästerten Philologen auszeichnet, nicht geringen Gewinn auch für die Medizin gehabt habe. Noch größeren Vorteil brachte mir die Betrachtung der ewig jungen Meisterwerke griechischer Plastik; so habe ich schon damals und nicht erst in meinen Medizinerjahren sehen und beobachten gelernt. Studien dieser Art führten mich zur Anthropologie, und um ganz in diesem Fache aufgehen zu können, schien es zweckmäßig, zur Medizin umzusatteln. Ich war der fast einzige Zuhörer des als Forschungsreisender und Direktor des Berliner völkerkundlichen Museums später so berühmt gewordenen Wiener Dozenten Felix v. Luschan. Die scharfe kritische Betrachtung aller menschlichen, wissenschaft-

Digitized by Google

lichen und künstlerischen Dinge dieses seltenen Mannes, mit dem mich eine 40jährige herzliche Freundschaft verband, ist mir unverlierbarer Gewinn geworden.

Nun kam ich aber in die klinischen Semester. Zu Lehrern hatte ich Sterne erster Größe, Billroth, Nothnagel, Meynert u. a. Wie selbstverständlich studierte ich Strümpell „Spezielle Pathologie und Therapie", damals noch erste Auflage; den Nervenband verschlang ich in wenigen Tagen. Ich bin glücklich, diesem Praeceptor Germaniae et totius orbis terrarum hier öffentlich sagen zu können, daß er mit seinem Buche einer meiner größten Wohltäter geworden ist. Als ich mich im vierten klinischen Semester befand, übertrug mir Prof. v. Jaksch, dem ich als einem der glänzendsten Lehrer zu besonderem Dank verpflichtet bin, eine Hilfsarztstelle an der Grazer Kinderklinik, und ich hatte den Dienst an der mich höchlichst interessierenden Infektionsabteilung zu versehen.

Damit hatte ich mich nun endgültig für die klinische Medizin entschieden, und als Ideal schwebte mir die Erforschung der akuten exanthematischen Infektionskrankheiten vor. Von diesen war aber nur ein kleiner Schritt zur Dermatologie, und ich erkannte nach zweijähriger pädiatrischer Tätigkeit, daß die damals gerade in ein modernes Fahrwasser einbiegende Dermatologie meinen Neigungen und Fähigkeiten am meisten entsprechen würde.

Ein wohlwollender, ja munifizenter Förderer wurde mir da der Vertreter der Dermatologie an der Grazer Hochschule Prof. Lipp, einer der edelsten Menschen, die mir jemals begegnet. Doch nur ein Jahr stand ich an seiner Seite; er trug den Todeskeim in sich, und als ich dem geliebten Lehrer, der einsam gestorben, die Augen zugedrückt, da war ich selbst vereinsamt und all mein Hoffen vernichtet. Aufs Geradewohl ging ich nach Wien, und nach einigem volontärärztlichen Hangen und Bangen wurde ich Assistent von Prof. Isidor v. Neumann, bei dem ich nun endlich meine wissenschaftliche Heimstätte finden sollte. Das war ein ganz unerhörter Glücksfall, denn an dieser großen Klinik bestand nur diese einzige Assistentenstelle, und wer die dortigen Verhältnisse kennt, weiß, daß es fast leichter ist, irgendwo Professor ordinarius als in Wien Assistent zu werden. Da hatte ich nun eine ungeheure Arbeitslast zu bewältigen, und wenn ich Ihnen sage, daß ich in 5 Jahren zusammen höchstens 10 Wochen Urlaub gehabt, die ersten 3 Jahre nicht einmal einen freien Sonntagnachmittag, daß ich buchstäblich jede einzelne Krankengeschichte selbst verfaßt und alle Operationen persönlich ausgeführt, so hatte ich wohl recht, als ich einem Kurshörer damals ins Stammbuch schrieb: par sit fortuna labori. Meinem Lehrer Neumann, der sicherlich der größte dermatologische Diagnostiker seiner Zeit gewesen ist, bin ich nicht nur für das von ihm Gelernte, sondern auch für seine Strenge, die logische sowohl wie die disziplinäre, bis über das Grab hinaus dankbar.

Bald nach meiner Habilitation erhielt ich eine vielbegehrte leitende Stelle an der altberühmten Wiener Poliklinik, in wissenschaftlicher wie in kollegialer Beziehung eine meiner schönsten Erinnerungen. Schon nach Jahresfrist kam der Ruf nach Innsbruck, und es würde zu weit führen, wollte ich Ihnen das hohe Glücksgefühl der dort verlebten 4 Jahre schildern, die wunderschöne neuerbaute Klinik, das auserlesene Krankenmaterial, die Liebenswürdigkeit der Kollegen. Es ward mir auch nicht leicht, von diesem herrlichen Erdenfleck, der meine zweite Heimat geworden, so bald schon zu scheiden und nach Leipzig zu gehen. Ich glaube, daß mir dabei am meisten das nationale Moment maßgebend war, jene übermächtige Sehnsucht, die den wahrhaft deutsch fühlenden Österreicher von je erfüllte, die Vereinigung mit dem Deutschen Reiche — wann wird sie aber wirkliche Wahrheit werden? In meiner Vaterstadt, als deutsche Sprachinsel von nationalen Wogen hoch umbrandet und jetzt in Gefahr, darin zu versinken, habe ich diese Ideen von Kindesbeinen auf eingesogen, und es ist keine Phrase, wenn ich sage: Deutschland war mein erster und Deutschland wird mein letzter Gedanke sein.

Was ich in 22jähriger Tätigkeit von Wohlwollen und Entgegenkommen hier erfahren, davon ist heute mein Herz voll Dankbarkeit. Nie vergessen kann ich den warmherzigen Empfang, der mir beim Amtsantritte seitens des Kultusministers v. Seydewitz und des Ministerialdirektors Waentig — beide leider schon längst dahingegangen — zu Teil geworden ist. Mit Freuden und mit ehrlichster Überzeugung hätten sie mir gleich damals gewährt, was ich erst nach 17jährigem Harren und Krieg erlangen sollte. Ganz besonders muß ich der Stadtgemeinde meine innigsten Dankgefühle zum Ausdruck bringen. Auch die Verwaltungsdirektion sei des herzlichen Dankes für ihre andauernden Bemühungen, mit denen sie jeden an sie gestellten Wunsch ehestens zu erfüllen ge-

Digitized by Google

sucht hat, durchaus gewiß. Ebenso innigst bedankt seien nicht bloß die drei leitenden Ärzte des Krankenhauses St. Jakob, die jetzigen wie die früheren, sondern auch die Direktoren der benachbarten Institute, meine hochverehrten Universitätskollegen, für ihre durch so viele Jahre erprobte freundnachbarliche Gesinnung und die wertvollen Ratschläge, die sie mir so oft in schwierigen Angelegenheiten zu teil werden ließen, nicht minder ihre Assistenten, die sich stets als gute Freunde meiner Klinik bewährt haben.

Nun aber zu meinen eigenen Schülern, den Assistenten und Hilfsärzten. Es ist ganz unnötig, hier ihr Lob zu singen. Das ganz ungewöhnlich lange, in manchen Fällen über $1^1/_2$ Jahrzehnte noch hinausgehende Verbleiben einzelner dieser Herren in ihrer Stellung gibt sprechende Kunde, wie sehr sie mit der Person des Chefs verwachsen sind und sein Vertrauen wie seine Dankbarkeit verdient haben. Nicht minderes Lob im Herzen trug ich aber von je für meine Zuhörerschaft. In keinem der 44 Semester, die ich in Leipzig hinter mir habe, konnte ich jemals ein nennenswertes Schwänzen konstatieren, und das will bei einem zu so früher Nachmittagsstunde stattfindenden Kolleg zumal im Hochsommer nicht wenig sagen. Mich selbst aber lassen Sie gestehen, daß die klinische Vorlesung für mich von je die schönste, die erquicklichste, die glücklichste Stunde des Tages gewesen ist und immer bleiben wird.

Auch von meinen jeweiligen Vorgängern, erlauchten Namen wie H. v. Hebra, W. v. Lukasiewicz und G. Riehl, habe ich sehr viel gelernt und so manche ihnen eigene Gepflogenheit oder mir unbekannte therapeutische Methode zu eins mit dem von ihnen vorbildlich eingerichteten Institute als kostbares Erbe übernommen.

Galt mein bisheriger zwar unvollkommener, doch aus aufrichtigster Seele kommender Dank Personen, also Vorgesetzten, Kollegen, Schülern und Freunden, so muß ich meinen Dank noch an etwas Unpersönliches, Ideelles richten, an meine geliebte Dermatologie, wenn ich sie quasi personifizieren darf. Nach dem etwas sprunghaften Entwicklungsgange, den ich Ihnen geschildert, ist es immerhin möglich, daß ich meinen Beruf verfehlt habe. Sicher aber ist, daß ich in der Beschäftigung mit Dermatologie die reinste Befriedigung gefunden habe und tagtäglich finde. Jeder, der meine Vorlesung kennt, weiß, daß ich meiner Dermatologie mit Begeisterung anhänge. Auch dort, wo ich vor einem vorläufig unlösbaren Problem stehe und mein ätiologisches oder kausales Bedürfnis nicht befriedigt finde, kann die geheimnisvolle Form allein mich schon entzücken. Ich bin auch dort beglückt, wo mir Natur zwar nicht den Kern, sondern nur die äußere Schale weist. So hat die Dermatologie neben der streng wissenschaftlichen für ihren Adepten auch eine künstlerische Seite, ja mir ist sie auch eine Art Weltanschauung geworden. Denn in keiner Disziplin ist augenoffenes Betrachten und unvoreingenommene Beurteilung so unbedingt nötig wie in der Dermatologie. Es handelt sich bei ihr um positive Erscheinungen, über die die Phrase keine Macht haben darf. Wer dermatologisch richtig schauen und urteilen gelernt hat, der wird auch im täglichen Leben gar vieles sehen, was manche Mitmenschen überhaupt nicht bemerken oder unrichtig erfassen.

Jubiläen und Geburtstagsfeiern sind leider nun einmal von mehr rückschauender Art. Sie weisen eher in die Vergangenheit als in die Zukunft. In deutlicher Sprache sagen sie zu dem Jubilar: „So sehr viel Zukunft hast Du nun eigentlich nicht mehr vor Dir". Dessen bin ich mir gar wohl bewußt. Und wenn mir dereinst die Stunde des Abschiedes schlägt, dann werde ich voll des Dankes für das Geschaute, Erforschte und Gelernte, für menschliche Güte und Freundschaft überzeugt bekennen:

Ihr glücklichen Augen,
Was je ihr gesehn,
Es sei wie es wolle,
Es war doch so schön.

R. Frühwald-Chemnitz.

Digitized by Google

Versammlungen.

Wiener Dermatologische Gesellschaft.

Sitzung vom 23. Oktober 1924.

Vorsitzender: Ehrmann. Schriftführer: Kumer.

Luithlen: **Fall zur Diagnose.** 3½jähr. Mädchen mit Erscheinungen, die sich keinem bekannten Krankheitsbild einreihen lassen. (Erscheint ausführlich an anderem Orte.)

Mras: **Lichen scrophulosorum.** Aufgetreten im Anschluß an eine **Malariakur.**

Mras: **Spirochäten-Resistenz gegen Wismut.** Trotz 12 g Casbis (1. Kur), welche etwa 24 g Bismogenol entsprechen, Spirochätenbefund in den Analpapeln positiv; Störung im Organismus und Versagen seiner Mithilfe. Während der Kur fieberhafte Nachschübe einer operierten Mastoiditis, die den Verlauf der Lues ungünstig beeinflussen könnten.

Aussprache: Ullmann zur Entscheidung, ob das Präparat selbst oder der Körperstoffwechsel für die Wirkungslosigkeit der Therapie verantwortlich gemacht werden kann, fehlt der Behandlungsvergleich mit anderen Bi-Präparaten und Antiluetizis. Die bisherige Erfahrung weist der Bi-Therapie im allgemeinen ihre Stellung weit hinter der Hg- oder gar Salvarsantherapie an.

Sachs: **Granuloma annulare.** Bereits 1910 und 1913 demonstriert. Trotz As jetzt Rezidiv an den Streckflächen der Vorderarme und Hände in Form von kreisförmigen Infiltraten mit zart geröteter Haut. Wiederholt spontane Involution.

F. Freund: **Epitheliomähnliches Gumma alae nasi.** 39jähr. Frau. Am linken Nasenflügel eine blaßrote, ziemlich derbe, indolente Geschwulst, die oberflächlich zerfallend, einen ziemlich glatten Geschwürsgrund von einem derben wallartigen Rand umgeben, darbot. Anfangs WR —, MR —, Luetin +; 10 Tage später Luetin —, weitere 2 Tage später WR +++. Histologisch: Lupoider Bau. Auf Spirozid rasche Heilung.

F. Freund: **Erythema figuratum perstans.** 23jähr. Mädchen, bereits am 26. X. 1922 vorgestellt. Nun seit ½ Jahr Wiederauftreten des Exanthems. An den Streckseiten der Extremitäten zahlreiche handtellergroße Erytheme, die aus einem urtikariaähnlichen Randsaume und einem teils hellbraunen, teils livid verfärbten Zentrum bestehen. Am Innenkontur der Erytheme hanfkorngroße Bläschen. Deutliche Symmetrie. Subjektiv geringes Brennen, kein Jucken. Kein Dermographismus. Pirquet negativ. Blutbefund normal. Im Stuhl reichlich Oxyureneier. Pharmakologische Prüfung des vegetativen Nervensystems ergibt Vagotomie. Keine Menstruationsstörungen. Therapeutisch zunächst Bekämpfung der Oxyuren in Aussicht genommen, dann eventuell Behandlung mit Ovarialpräparaten.

Aussprache: Nobel erwartet von Gewebsbefund näheren Aufschluß über das Krankheitsbild.

Riehl bemerkt, daß die Unterscheidung des Falles von einem Prodromalexanthem der Mycosis fungoides weder klinisch noch histologisch zu treffen ist, bevor nicht die Symptome des Infiltrationsstadiums entwickelt sind, was bekanntlich jahrzehntelang dauern kann.

Spitzer: **Botryomykose oder Granuloma pediculatum benignum.** Ein am äußeren Fußrand aufsitzender, von wallartigen Rändern umgebener, kronengroßer, pilzartig vorspringender hellroter Tumor von elastischer Konsistenz und erodierter Oberfläche. Angeblich nach Druckblase entstanden.

Spitzer: **Kunstharzdermatitis.** Zwei Fälle. Vortragender hält im Gegensatz zu früher ausgesprochener Ansicht von einer Angewöhnung an die schädlichen Agentien (Phenol und Formaldehyd) gewisse gewerbehygienische Vorschriften für notwendig. Einzelne Personen besitzen dessen ungeachtet eine Idiosynkrasie.

M. Oppenheim: **Eigentümliches papulonekrotisches Tuberkulid.** 63jähr. Pat. Im Gesicht, an der oberen Brustapertur sowie besonders an den Streckseiten der unteren Extremitäten zahlreiche gelblich durchscheinende, bis über linsengroße, derbe Knötchen, die sich peripher vergrößern, in Gruppen gestellt sind und durch Konfluenz plattenartige, polyzyklisch konturierte Infiltrate von blaurötlicher Farbe entstehen lassen, die zentral einsinken und Ringe bilden. Die neuen Knötchenschübe machen den Eindruck von Bläschen, doch entleert sich beim Anstechen keine Flüssigkeit. Durch fortwährende Schübe erscheint das Exanthem besonders dicht in den verschiedensten Entwicklungs-

Digitized by Google

stadien auf Brust und Schultern. Histologisch: Nekrose, umgeben von Gefäßveränderungen der Kutis, entsprechend den Talgdrüsen und Destruktion der Epidermis. Pirquetreaktion positiv, Intrakutanreaktion stark positiv, Herdreaktion und Allgemeinreaktion negativ.

M. Oppenheim: **Acne conglobata und Tuberkulid.** Bereits zweimal demonstriert. Derzeit große flächenhafte Narben, als Resultat einer immunisierenden Behandlung mit Tuberkulin, die beweist, das wirkliche Tuberkulose vorgelegen hat. Im Nacken derzeit eine Dermatitis papillaris capillitii und am Rücken noch einzelne Herde von Acne conglobata. Die Reaktionen auf Tuberkulin, die früher nach allen Richtungen positiv waren, jetzt negativ, Tierexperiment bis jetzt negativ.

Wertheim: **Trichoepitheliom und Syringozystadenom.**

Wertheim: **Parapsoriasis lichenoides.** Neben seit $1^1/_2$ Jahren bestehenden bräunlichroten, verwaschenen, papulösen, dicht gestellten Effloreszenzen und kleinförmiger Schuppung an verschiedenen Stellen der Mundschleimhaut großstecknadelkopfgroße Bläschen mit klarem oder leicht getrübtem Inhalt, welche bald platzen und unregelmäßige graugelb belegte Erosionen hinterlassen, während an anderen Stellen fortgesetzt neue Bläschen entstehen. Möglicherweise handelt es sich um ein dem Exanthem koordiniertes Eyanthem. Hauterscheinungen unter Arsen und Höhensonne beträchtlich regreß. Hinweis auf prompte Wirkung dieser von Ehrmann angegebenen Kombinationsbehandlung.

Nobl: **Lichen spinulosus Devergie.** 14jähr., schlecht entwickeltes, noch nicht menstruiertes Mädchen mit dicht eingestreuter flachmiliärer Knötchenaussaat am Stamm und Extremitäten; Effloreszenzen z. T. aggregiert, von fokalen Hornstacheln und feinen Hornfäden besetzt. Kolorit von normaler Haut kaum abweichend. Spinulismus kann als gelegentliche Begleiterscheinung von verschiedensten entzündlichen follikulären und perifollikulären Zuständen hinzutreten (L r. planus, L. scroph., L. syphiliticus). Jedoch finden sich gelegentlich auch herdförmige, suprafollikuläre Hyperkeratosen als Zufallsbefunde, die weder dem Lichen pilaris noch der akkuminierten Variante des L. ruber entsprechen und nach verschieden langem Bestehen ohne jede Behandlung schwinden. Auch die Psoriasis kann unter Umständen follikulär lokalisierte Typen aufweisen (P. follicularis).

Knossew: **Morbus Recklinghausen.** Typischer Fall; außerdem Pigmentflecke an der Mundschleimhaut, die anscheinend mit der Krankheit nicht in Zusammenhang stehen.

Urbach: **Erworbene diffuse idiopathische Hautatrophie kombiniert mit makulöser Atrophie.** Erstere lokalisiert an den unteren Extremitäten von den Zehen bis zur Gesäßfalte, letztere z. T. innerhalb der diffus befallenen Hautpartien, z. T. aber auch an sonst scheinbar normaler Haut, wie Ober-, Unterarm, Gesäßbacke. Mächtige Striae distensae. Grundumsatz und spezifisch-dynamische Eiweißbelastung ergeben normale Verhältnisse. 44jähr. Frau.

Aussprache: Oppenheim weist auf die hernienartigen Vorwölbungen hin (3. Stadium).

Urbach: **Elephantiasis papillomatosa circumscripta.** Die Haut der 2. und 3. Zehe eingenommen von papillomatösen drüsig-warzigen, polygonal abgeflachten, durch tiefe Furchen voneinander getrennten Exkreszenzen. Fuß und Unterschenkel sind deutlich in ihrem Umfang vermehrt. Beginn des Leidens mit „Blase" am Ende der ersten Gravidität. Später wegen Umwandlung der Erkrankung in schwammartiges Gewebe mit komplizierender Schwellung und Entzündung des Vorfußes Enukleation der 2. Zehe. Trotzdem Progredierung des Prozesses. Rö. und Ra. nutzlos. Histologisch: Akanthose und Hyperkeratose. Lymphgefäßerweiterung im papillären Kutisanteil. Hypertrophie des Bindegewebes, perivaskuläre Rundzelleninfiltrate.

Porias: **Partieller Morbus Recklinghausen in nävusartiger Anordnung.** Einseitig lokalisiert: Schultergürtel, Gesäß und untere Extremität. An der Beugefläche in einer Linie, wie ein systematisierter Nävus. Näviforme Talgdrüsengruppe der Mundschleimhaut.

Gruß: **Papulonekrotisches Tuberkulid.** Seit 14 Tagen bestehend, fast täglich neue Nachschübe, auffallend verlangsamte Kutanreaktion.

Gruß: **Pityriasis lichenoides chronica.** Auf Pilokarpin (Herxheimer) nicht reagierend, auf Solut. Fowleri intravenös prompt zurückgehend.

Gruß: **Dariersche Dermatose.** Hauptsächlichste Lokalisation: Gesicht und Unterschenkel.

Kumer: **Sklerodermie und Sklerodaktylie.** 47jähr. Frau, seit 15 Jahren bestehend, vollkommene Fingerkontraktur, Dekubitalgeschwüre, röntgenologisch nachweisbare schwere Knochenveränderungen.

Digitized by Google

Riehl: **Keratosis plantaris hereditaria mit leukoplakieähnlichen Erscheinungen an der Mundschleimhaut und Gingiva.** (Erscheint ausführlich.)

Fuhs: **Atypisch lokalisierte tiefe Trichophytie.** 29jähr. Pat. mit einem kerionartigen Herd am Angulus femuro-scrotalis beiderseits, einer Lokalisation, die im allgemeinen für Eczema marginatum und Erythrasma charakteristisch ist. Pilzbefund in Haaren, Schuppen und Eiter positiv. Kultur: Trichophyton gypseum asteroides. Auf intrakutane Trichophytininjektion ausgesprochene Lokal-, Herd- und Allgemeinreaktion.

Randak: **Porphyrin bei Lupus erythematodes disseminatus acutus.** Verschlimmerung des Erythematodes nach Insolation, seine Lokalisation an dem Lichte ausgesetzten Partien sowie fremde und eigene Versuche, den Erythematosus durch künstliche Belichtung zur Dissemination zu bringen, gaben den Anstoß zur Untersuchung der im reizbaren Stadium befindlichen Erythematosusfälle auf Porphyrin. Bei der vorgestellten 31jähr. Magd, die vor $2^1/_2$ Monaten unter hohem Fieber an einer Schwellung und Rötung der Ohrmuschel und beider Wangen erkrankte, wobei zahlreiche Effloreszenzen auch an den Streckseiten der Finger und einzelne an den Zehen auftraten, fand sich in der Tat Porphyrin im Urin. Mehrere Harnproben und eine Stuhlprobe enthielten Porphyrin. Sollten weitere Untersuchungen dasselbe positive Ergebnis haben, dann wäre für die Erklärung der Photosensibilität des Erythematosus zu gewissen Zeiten und in gewissen Stadien eine brauchbare Grundlage geschaffen.

Aussprache: Ullmann: Der Nachweis von Hämatoporphyrin im Harn beweist zwar nichts für die Ätiologie des L. e., ist aber vielleicht pathogenetisch für dessen Vorzugslokalisation. U. hatte allerdings im Küstengebiet um Pola trotz der vielen Sonne sehr wenig L.-e.-Fälle, dagegen zahlreiche Hauttuberkulose beobachtet. Der akute und disseminierte L. e. bedarf auch gar nicht des Sensibilisators, denn neue Versuche von Bloch haben die von Ullmann und Ehrmann bereits für wahrscheinlich gehaltene Modifikation des Tuberkulosevirus ätiologisch sichergestellt; denn mit Blut solcher fiebernder Kranken peritoneal geimpfte Meerschweinchen und Ratten gingen an Miliartuberkulose zugrunde, obwohl vorher im Ausstrich des Blutes der Kranken Tuberkulosebazillen tinktoriell nicht nachweisbar waren. Somit wäre für die tuberkulogene Natur des ac. L. e. auch das letzte, noch fehlende Glied an die Beweiskette, die ich schon hier in Wien 1901—1909 begonnen habe, angefügt. 1909 habe ich in Budapest (IX. int. Kongreß) eine Modifikation des Tuberkulosevirus bereits als Erklärung angenommen.

Kren berichtet über einen guten therapeutischen Erfolg bei L. e. acutus mit Tropfklysmen und intravenösen Argoflavin-Injektionen.

Schlußwort: Randak. Die Lichtempfindlichkeit der Pat. ist nicht zweifelhaft, da die normale Rückenhaut auf eine mäßige Lichtdosis mit einem nun 3 Wochen bestehenden Erythem reagiert hat.

Arzt: **Prurigo lymphatica.** 45jähr. Pat. mit zahlreichen papulösen Effloreszenzen und Kratzeffekten, vor allem an Extremitäten. Allemeine Lympfdrüsenschwellung. Gesamtzahl der weißen Blutkörperchen: 16700, darunter 63% Lymphozyten.

Arzt: **Fall zur Diagnose.** 49jähr. Pat. Seit 2 Jahren bestehende Affektion an der linken Tibiakante, zu einem Ulkus entwickelt, mit mächtig braunroten infiltrierten Rändern. Drüsenschwellung in inguine. Blutbefund und Röntgen: negativ. Histologisch: Bis in die Subkutis reichendes Infiltrat, vorwiegend aus kleinen Rundzellen aufgebaut. In den Lymphdrüsen massenhaft Plasmazellen. (Rundzellen der Haut ?, Lymphogranulomatose der Haut ?).

Aussprache: Nobl spricht sich für den chronisch-entzündlichen Charakter des Leidens aus.

Kren hält den Fall für eine Lymphogranulomatose.

Arzt: **Polymorphzelliges Rundzellensarkom.** 57jähr. Pat. mit einem großen Knoten am Rücken im Zentrum exulzeriert, in der Umgebung kleinere bis nußgroße Herde. Regionäre derbe Drüsen. Blutbefund: negativ. Röntgenologisch zahlreiche Verschattungen der Lunge. Histologisch: In der Haut und in den Drüsen ein Infiltrat aus verschieden großen Rundzellen.

Sitzung vom 13. November 1924.

Vorsitzender: Riehl. Schriftführer: Kumer.

Sukmann: **Generalisierte Psoriasis vulgaris.** 7jähr. Knabe mit generalisierter Pustelaussaat. Abheilung nach Arsen. Resteffloreszenz am Dorsum manus links. Die sich vergrößernde Plaque durch Monate als Herpes tonsurans angesprochen. Während der Therapie, auf lokale Irritamente und nach Vakzination wiederholte allgemeine Generalisierung.

Digitized by Google

Aussprache: Riehl weist darauf hin, daß unspezifische Reize verschiedener Art nicht selten Eruptionen vor Psoriasis provozieren (mechanische und chemische Reize, Tätowierung, Dermatitis nach Chrysarobin, häufige Bäder usw.) und daß Beobachtungen von Psoriasisausbrüchen nach Scharlach- und Masernerkrankung nicht zu den Seltenheiten gehören. Da auch die Vakzination Allgemeinerscheinungen hervorruft, ist vielleicht das Auftreten von Psoriasis in ähnlicher Weise zu deuten. Immerhin müssen aber solche Fälle mit Vorsicht beurteilt werden, da ja namentlich von Laien eine Reihe von im Kindesalter auftretenden Krankheiten (z. B. Prurigo, Ichthyosis, Syphilis usw.) der Impfung in die Schuhe geschoben werden.

Remenovsky: **Hautblastomykose(?).** 27jähr. Pat. Affektion im Bereich des Bartes seit 4 Wochen kronengroßer, entzündlicher, flach elevierter, schmerzhafter, mit Schuppen bedeckter Knoten, der auf seitlichen Druck etwas glasiges Sekret hervortreten läßt. In der Nachbarschaft zahlreiche kleinere ähnliche Knoten. Das Bild erinnert an tiefe Trichophytie, doch ist der Pilzbefund vollkommen negativ, die Haare sind intakt. Auch Trichophytie-Reaktion negativ. Ebenso fehlen in Ausstrichpräparaten und Gewebsschnitten die gewöhnlichen Eitererreger. Dagegen waren in den Kalilaugepräparaten sowie in den gefärbten Ausstrichen mit absoluter Regelmäßigkeit stark lichtbrechende, rundliche bis eiförmige Gebilde nachzuweisen, die deutlich das Symptom der Sprossung zeigten und als Hefezellen angesehen werden mußten. Bei weiteren Untersuchungen zeigen sich nicht nur diese noch undifferenzierten Formen, sondern auch größere, die deutlich Zellmembran und Protoplasma erkennen ließen, schließlich ganz große Gebilde, die noch eine zweite akzessorische Hülle aufwiesen und im Protoplasma zahlreiche Einschlüsse von fetttröpfchenähnlichen Kügelchen, körnige Niederschläge, Vakuolen und kernartige Gebilde zeigten — Formen, die eine Größe bis über 40 μ erreichten und als Degenerationserscheinungen aufgefaßt werden. Die histologischen Untersuchungen, welche ein unspezifisches Granulom mit Epitheloiden und Fremdkörper-Riesenzellen zeigten, sind bezüglich des Nachweises der Hefezellen nicht eindeutig und noch nicht abgeschlossen. Auch das Kulturverfahren ist bisher noch nicht beendet. Wegen Ausschlusses anderer Erkrankungen und des konstanten Befundes der hefeartigen Gebilde wird an Hautblastomykose gedacht.

Aussprache: Ullmann fordert Kultur, Tierexperiment und histologischen Befund zur Erhärtung der Diagnose. Bezüglich der Ätiologie ist Beschäftigung mit Hefen bisher nirgends als Quelle angegeben, wohl aber der Kontakt mit Lederabfällen.

Nobl: **Urticaria perstans papulosa.** 20jähr. anämisches Mädchen. Seit 7 Jahren dichter nodöser Ausbruch von disseminierter Ausbreitung. Auffällig der verruköse Handrückenschub. Höhensonne, Sklarsinjektionen, Fowler (intern), Vlemingkozinkpasta ohne Erfolg. Im Blutbild Leukozytenvermehrung (14000) keine Eosinophilie. Indikanvermehrung im Harn. Histologisch: Hyperkeratose, Akanthose, dichte perivaskuläre Infiltration, Kollagenverdichtung. Auf intravenöse Na.-silicic.-Inj. (1% 0,5—1,0) subjektive Besserung.

Nobl: **Lupus erythematodes, mit Krysolgan behandelt.** Bei einem 13jähr. Knaben sind mehrere Stirn- und Lidscheiben nach 5 Injek. (0,001—0.05) zur Rückbildung gelangt. Restbestände wenig beeinflußt. In einer Serie von 18 Fällen (11 weiblich, 7 männlich) war nur bei einem Mann nach 10 Inj. völliges Abklingen des Krankheitsbildes zu verfolgen (Höchstdosis: 0,10).

Aussprache: Ullmann bemerkt, daß die Mißerfolge Nobls in Widerspruch mit seinen lückenlosen glänzenden Heilerfolgen stehen.

Königstein: **Xanthom der Brusthaut bei Ikterus und Leberzirrhose.** 1908 Röntgenbestrahlung der Ovarien wegen unstillbarer Blutungen, seither Zessieren der Menses und Röntgenatrophie der Brusthaut. Seit 1914 Ikterus, Vergrößerung der Leber und unerträgliches Hautjucken. Über dem Manubrium sterni zwei beetartige Krankheitsherde, von denen der eine fünfkronenstückgroß und kreisrund, der andere oval etwa 10 cm lang und 5 cm breit ist. Die Herde von einem derben schmalen, mäßig steil abfallenden Wall umgeben, an den sich außen ein schmaler, mattroter Hof anschließt. Die Oberfläche enthält durch zahllose, dicht aneinander gereihte, scheinbar den Follikeln entsprechende braunrote Knoten von Stecknadelkopfgröße auf gelblich weißem Grund eine auffallende Zeichnung. Mikroskopisch (Fettfärbung und Polarisation): Einlagerung von Xantomzellen in alten Kutisschichten Narbengewebe entsprechend dem derben Wall. Hochgradige Cholesterinämie (500 mg). Überladung des Blutes mit Cholesterin für die Entstehung nicht ausreichend, Betonung einer lokalen Disposition, da Reizversuche hier nicht zur Xanthombildung führten. Bekanntlich sind universelle Xantombildungen

Digitized by Google

(Königstein-Siemens) ohne Vermehrung des Cholesterins im Blute, andererseits Xanthombildung an Stellen äußerer Reizwirkung.

Aussprache: Riehl: Es scheint mir nicht ganz gerechtfertigt, das Auftreten von Xanthomen immer auf einen erhöhten Cholesteringehalt des Blutes zu beziehen. Abgesehen davon, daß bei ausgebreiteten Xanthomen häufig der Nachweis erhöhten Cholesteringehaltes im Blut erbracht werden kann, kennen wir ja außer dem Xanthom bei Leberzirrhose und Diabetes die präsenilen Xanthome, bei welchen erbliche Anlage häufig zu konstatieren ist. Auch sind die lokalen anatomischen Veränderungen anders geartet als z. B. bei der Uratgicht. Bei letzteren finden Ablagerungen der Harnsäure im Gewebe statt und veranlassen sekundär entzündliche Gewebsreaktionen. Bei Xanthom findet man im ersten Stadium regelmäßig eine Gewebsalteration, die erst später zur Ablagerung der doppeltbrechenden Substanz in den Zellen führt. Ob schon diese primären Gewebsveränderungen Folge eines geänderten Cholesterinstoffwechsels sind, ob die gelben Massen in den Zellen aus dem Blute direkt aufgenommen werden, oder durch Degeneration des Zellprotoplasmas entstanden sind, darüber fehlt uns vorläufig noch jede tatsächliche Erkenntnis.

Sachs: Zur Frage der juvenilen Xanthome möchte ich einen von mir publizierten Fall (8jähr. Mädchen) von xanthomartigem Naevus verrucosus der rechten Achselhöhle erwähnen, bei welchem histologisch die Xanthomzellen palisadenartig nach Art der Nävuszellen angeordnet waren. Außerdem bestanden mehrere, über den Körper zerstreute Naevi lineares. Hinsichtlich der Histogenese der Xanthomzellen haben Virchow, Waldeyer, Toldt u. a. die Abstammung derselben von Bindegewebszellen angenommen.

Urbach: Aus der Tatsache, daß man bei Eltern, Geschwistern und Kindern von Xanthomkranken häufig Xanthelasmen, schwere Atherosklerosen oder pathologische Hypercholesterinämien findet, ist der Schluß zu ziehen, daß hier eine vererbbare „Cholesterindiathese" vorhanden ist. Weiter Hinweis darauf, daß Untersuchungen des Blutes auf pathologisch vermehrte Bestandteile (hier Cholesterin) keine bindenden Schlüsse erlauben, da es Stadien gibt, wo noch keine Ausschwemmung derselben aus dem Gewebe in die Blutbahn erfolgte, bzw. solche, wo das betreffende Organ (hier die Haut) diese nicht mehr an das Blut abgibt.

Schlußwort: Königstein hebt gleichfalls eine Cholesterinofilie der Haut hervor, da sehr viele Fälle von Ikterus, Diabetes, Nephritis nur wenigen Xanthombildungen gegenüberstehen. Ähnliche Verhältnisse bei Kalkbildung.

Porias: **Acne varioliformis capillitii.** Seit Jahren bestehend, angeblich nach Entfernung einer Warze der Kopfhaut entstanden. Befallen eine annähernd bandförmig um den ganzen Kopf herumziehende Zone, Scheitelgegend frei. Aus der Art der Anordnung könnte vielleicht auf irgend einen möglichen Zusammenhang mit einer Druck- oder sonstigen Reizwirkung durch die Kopfbedeckung geschlossen werden.

Aussprache: Riehl erinnert daran, daß ungewöhnlicher Sitz der Acne varioliformis, wenigstens solange nicht die späteren Entwicklungsstadien vorliegen, die Diagnose sehr erschweren kann, und erwähnt einen Fall, in welchem der ausschließliche Sitz der Acne varioliformis im Bereich des Bartes durch lange Zeit die Diagnose und Heilung unmöglich gemacht hat.

Fuhs: **Morbus Darier.** Neuerliche Demonstration des bereits vor Jahresfrist vorgestellten 19jähr. Pat. (s. Zbl., Bd. 11, S. 406). Spontane Rückbildung einer Reihe von Herden, frische Eruption mit besonders deutlicher Ausprägung der charakteristischen Knötcheneffloreszenzen an den Seitenpartien des Thorax.

Sitzung vom 4. Dezember 1924.

Vorsitzender: Ehrmann. Schriftführer: Kumer.

Nobl: **Erythema perstans gyratum.** 46jähr. Mann mit schwerer sekundärer Anämie (geringer Leukozytose, herabgesetztem Färbeindex). Seit 3 Monaten knotige Erhöhungen der Kopfhaut und serpiginöse faustgroße violettrote derbe Körperscheiben. Interner Befund normal. Minimales initiales Jucken. Pigmentierte Reste alter Plaques. Klinisch an präfungöse Mykosis erinnernd. Gewebsbefund in Erhebung.

Ullmann: **Lupus erythematodes mit Krysolgan behandelt.** 18 Jahre bestehend. Eigentümlich ist eine fleischrote erosionsähnliche Partie in jeder der hyperkeratotischen Plaques, die beiderseits hinter dem Ohre und bis zum äußeren Gehörgang reichend sowie auf dem Vorderkopfe vorhanden ist. Jede Therapie bisher ohne Erfolg. Unter Krysolgan (20 Injektionen von 0,01—0,05 pro dosi) innerhalb von knapp $3^1/_2$ Monaten, ab-

Digitized by Google

wechselnd mit Mirion, bis auf eine noch rote Narbe in der Mitte jeder Plaque geheilt. Auffällig war die Beteiligung des äußeren Gehörganges und eine bisher nie beschriebene parakeratotische Schuppung auf dem Trommelfell der linken Seite. Depigmentierung der befallenen Haut nach Krysolgan. U. stellt den Heilerfolg den Mißerfolgen anderer Seite neuerdings gegenüber und schließt aus dem Effekt des Goldpräparates auf die tuberkulöse Natur des Lupus erythematodes.

Aussprache: Nobl sah in einem Fall diskoider alter Gesichtsherde nach der 2. Krysolgan-Injektion disseminierte Aussaat an Händen und Vorderarmen und auch bei 2 Monate fortgesetzter gleicher Behandlung unverändertes Weiterbestehen der Erkrankung.

Oppenheim berichtet über ausgezeichnete Erfolge.

Volk (nicht eingelangt).

Schlußwort: Ullmann begründet Volk gegenüber seine Ansicht bezüglich der Frage des ex juvantibus dahin, daß ein Einfluß des Goldpräparates auf einen von ihm angenommenen Tuberkulose-Stammherd im Körper des L.-e.-Pat. durch das Krysolgan angegriffen und behandelt wird. Dadurch wurde der Stammherd gebessert und die Ursache für den Erythematodes beseitigt. Daß dabei auch Bazillen mobilisiert werden können, spricht für die Dissemination. Für U. ist der Zusammenhang des L. e. mit der Tuberkulose (80—99°, Bloch, Ehrmann) so gut wie sicher.

Ullmann: **Hodentuberkulose, Vorzug der Röntgenbehandlung gegenüber chirurgischer.** 24jähr. Mann. Vor 2 Jahren Karies eines Fingers. Vor einem halben Jahre Infiltrat des linken Nebenhodens neben geringen Erscheinungen in der Lungenspitze. Amputation. Oktober beginnende Heiserkeit und Infiltrat des 2. Hodens. Ende Oktober Röntgenstrahlen. Darunter rapide Abnahme des Infiltrats und auffällige Besserung des Allgemeinbefindens, auch im Kehlkopf, trotz Aufenthaltes in der Stadt. U. führt die Besserung auf Fernwirkung der durch Röntgenbehandlung anderen tuberkulösen Herden zugeführten autolytischen Abbaustoffe zurück und betont die Überlegenheit der Röntgenbestrahlung der erkrankten tuberkulösen Genitaldrüse bei Mann und Frau gegenüber jeder anderen, chirurgischen wie Heliotherapie.

F. Freund: **Lues framboesieformis.** 27jähr. Pat. Im Gesicht und am behaarten Kopfe auf der Grundlage einer Impetigo luetica breitbasig aufsitzende papillomatöse Exkreszenzen.

F. Freund: **Eigenartige hämorrhagische Diathese.** Bei der bereits am 8. V. 1924 zum erstenmal vorgestellten 63jähr. Pat. traten in der Folgezeit noch weitere große Blutergüsse in die Haut und das Unterhautzellgewebe auf. Da unmittelbar nach den Hämorrhagien die sonst stark verringerte Gerinnungszeit des Blutes auf Werte von 2—3 Minuten herunterging, wurden diese Blutungen therapeutisch sozusagen substituiert, indem der Pat. im Laufe von 2 Monaten 14 × 10 ccm Blut ihres Sohnes intramuskulär injiziert wurden, wodurch es zwar gelang, die Gerinnungszeit zu verkürzen, aber die Spontanhämorrhagien wurden hierdurch nicht verhindert. Die sich im Anschluß an diese Blutungen entwickelnden bis zu zwei handflächengroßen Substanzverluste der Haut heilten unter der von Oppenheim angegebenen 10%igen Extr.-Ratanhiae-Salbe mit schönen zarten Narben, ohne daß chirurgische Deckung der Defekte notwendig wurde.

F. Freund: **Lichen ruber planus, partim moniliformis.** Mann mit ausgebildetem Lichen planus an der Volarseite des linken Vorderarmes einer korallenschnurartigen Kette von kleinerbsengroßen Lichenefflorescenzen.

Aussprache: Nobl: Die von Kaposi beschriebene universelle Dermatose moniliformer Art (Atlas Tafel 172 und Moulage der Klinik Riehl) ist von der von F. demonstrierten grundverschieden. Hier handelt es sich um die typische Form des Leidens mit einer offenbar mechanisch provozierten linearen Knötchenreihe.

Oppenheim: **Acne conglobata und papulonekrotisches Tuberkulid.** 19jähr. Laufbursche. Im Nacken Dermatitis papillaris papillicii. Am Rücken, spärlicher im Gesicht, zahlreiche gruppierte Komedonen, vereinzelte Aknepusteln und furunkelähnliche Gebilde, sonst bis über fünfkronenstückgroße unregelmäßige, blasse, verschieden tiefe, zum Teil gestrickte, zum Teil mit Hautbrücken versehene Narben. Einige von ihnen an der Peripherie infiltriert, Pusteln tragend, auf Druck Eiter entleerend. Über den Streckseiten der Ellenbogen- und Kniegelenke typische Narben nach papulonekrotischem Tuberkulid und vereinzelte Knötchen mit zentraler Nekrose. Daselbst keine Komedonen. Alle Reaktionen auf Tuberkulose positiv. Der Fall reiht sich den von O. hier demonstrierten Fällen von Acne conglobata an, bei denen ein Zusammenhang der peripheren Infiltrate mit Tuberkulose nachgewiesen werden konnte und die durch Behandlung mit

Digitized by Google

Tuberkulin fast völlig geheilt werden konnten. Immer mehr befestigt sich bei O. die Meinung, daß gewisse serpiginös-progrediente Fälle von Acne conglobata (Lang) zur Tuberkulose gehören.

Oppenheim: **Fall zur Diagnose (Gumma gingivae?).** 30jähr. Hutarbeiter. Lues vor 8 Jahren, eine Kur, Seroreaktion positiv. Entsprechend dem zweiten prämolaren Zahn ein tiefes kleinhaselnußgroßes Ulkus mit steilen unterminierten Rändern, Basis glatt. Eine Zahnwurzel in der Tiefe bloßliegend. Keine Entzündungserscheinungen, nächtliche Schmerzen. Das Zahnfleisch des Gaumens bläulichrot verfärbt, gewulstet, gegen das Ulkus zu uneben, nicht exulzeriert, auf Berührung nicht schmerzhaft. Tuberkulosereaktionen positiv. Die sichere Entscheidung, ob es sich um ein seltenes Zahnfleischgumma oder um Tuberkulose handelt, wird erst der Effekt der Therapie bringen.

Oppenheim: **Fall zur Diagnose (Staphylodermie?)** 54jähr. Schuhmachergehilfe, Diabetiker. Vor 12 Wochen entwickelte sich die Affektion am Kinn. Tumorähnlich, mit zentraler Abheilung, peripher Knoten und Wülste bis zu Kleinhaselnußgröße, zum Teil fluktuierend, zum Teil Fisteln bildend, die jedoch nicht auf den Knochen führen. Konsistenz weich, auf Druck an einzelnen Stellen ein dünner gelber Eiter auftretend. Erster Anblick Aktinomykose. Mikroskopie und Konsistenz dagegen sprechend. Tiefe Trichophytie durch negatives Verhalten der Trichophytieinjektionen auszuschließen; ebenso Tuberkulose, Gumma und Blastomykose. Am ehesten Staphylodermia bei einem Diabetiker.

Sachs: **Onycholysis partialis bei Galvaniseurinnen.** Das zuerst von Oppenheim beschriebene Krankheitsbild der Onycholysis partialis bei Wäscherinnen konnte S. auch bei Galvaniseurinnen beobachten. Bei den beiden demonstrierten Frauen kommt es zu einer halbmondförmigen Ablösung des Nagels vom Nagelbett, und zwar an allen Fingernägeln, während Oppenheim die größte Ablösung an den Mittelfingern beobachtete. Die Affektion entsteht durch mechanische und chemische Momente. Die Metallgegenstände werden mit Bimssteinpulver gereinigt und kommen dann in eine Lösung, welche aus Schwefelsäure, Salzsäure, Zyankali usw. besteht. Bei einer Pat. findet sich an den Zehennägeln eine braune Verfärbung ohne Abhebung der Nagelplatte.

Aussprache: Oppenheim: Der demonstrierte Fall unterscheidet sich von der von mir zuerst beschriebenen Onycholysis partialis bei Wäscherinnen dadurch, daß sämtliche Fingernägel befallen sind und daß die Nägel verfärbt sind. Bei den Wäscherinnen ist gewöhnlich entsprechend der mechanischen Noxe, dem Auswinden der Wäsche, der Mittelfinger, der 4. Finger und der Daumen am stärksten beteiligt. Daß das mechanische Moment tatsächlich die größte Rolle spielt, zeigen die Fußnägel dieser Pat., die genau so wie die Fingernägel durch die abtropfenden chemischen Substanzen gefärbt sind, wobei auch nicht die geringste Nagelablösung besteht.

Sachs: **Multiple erworbene essentielle Teleangiektasien.** 29jähr. Pat. mit Endocarditis subacuta. Im Gesicht punktförmige Teleangiektasien, welche sich an einzelnen Stellen (Stirne, Nase, Kinn) zu Naevi vasculosi aranei verdichten. An der Streckfläche der oberen und unteren Extremitäten sowie ad nates Cutis marmorata, am Stamm und oberen Extremitäten Purpura. Die Untersuchung des Blutes ergab einen negativen Befund. Im Urin Spuren von Albumen. WR negativ. Für das Auftreten der Teleangiektasien sind möglicherweise kardiovaskuläre Störungen verantwortlich.

Sachs: **Chilblein-Lupus.** 33jähr. Pat. mit Basedow. An beiden Handrücken akroasphyktische Verfärbung mit zahlreichen, größtenteils konfluierenden, bläulichroten, zentral leicht atrophischen Plaques. Außerdem mehrere, kleinlinsengroße Nekrosen. Auf der rechten Halsseite eine Narbe nach skrophulösen Drüsen. WR negativ.

Hellmann: **Erythema induratum Bazin.** Frau. Kleinknotige Form.

Hellmann: **Framboesiforme Lues.** Mann. Lokalisation: Kopfhaut und Gesicht. Sekundäres Schleimhautsyphilid.

Wertheim: **Akrodermatitis atrophicans.** 59jähr. Pat. 1884 luetische Infektion. Hautveränderung im Anschluß an Schnittverletzung am linken Handrücken aufgetreten. Typisches Bild der Akrodermatitis atrophicans. Vor 8 Wochen Verletzung am rechten Handrücken. Haut daselbst etwas infiltriert, blaurot, an einer Stelle durchsetzt von mäßig zahlreichen lichtgelben, stecknadelkopfgroßen, nicht prominenten Knötchen, an Xanthom erinnernd. Histologische Untersuchung noch ausständig.

Kumer: **Eigenartiges Leukoderma universale.** 15jähr. Mädchen. Keine Zeichen für Lues. WR negativ. Einzelne linsen- bis hellergroße, gerötete, leicht schuppende Herde legen den Gedanken nahe, daß es sich um Parapsoriasis handle.

Digitized by Google

Kumer: **Eigenartige Pigmentation.** 3jähr. Knabe mit auffallend weißer Hautfarbe. An den Wangen und Ohren linsen- bis kronengroße zusammenhängende Plaques von tiefbrauner Pigmentation, die seit $1^1/_2$ Jahren bestehen soll.

Randak: **Pemphigus vulgaris.**

Randak: **Pityriasis lichenoides chronica.**

Fuß: **Pemphigus vulgaris.**

Arzt: **Fibrom(?) der Bauchdecke.** 32jähr. Frau mit multiplen bis kindsfaustgroßen harten Knoten in der unteren Bauchgegend. Beginnend im Jahre 1914. Die Haut darüber intakt, mit der Bauchdecke verschieblich. Keine Drüsenschwellung. Histologisch: Bindegewebstumor mit zahlreichen, aber nicht polymorphspindligen Kernen.

Kren-Wien.

Referatenteil

redigiert von Dr. Marie Unna, Hamburg-Bergedorf.

Mitteilungen aus der Literatur.

Verschiedenes.

Über Linkshändigkeit. Ein Beitrag zur Kenntnis des Wertes und der Methodik familienanamnestischer und korrelationsstatistischer Erhebungen, von H. W. Siemens, Univ.-Hautpolikl. München. (Virch. Arch., 1924, Bd. 252, H. 1, S. 1—24.) Untersuchungen an 300 Zwillingen aus 148 Geschwisterschaften mit ihren Geschwistern und Eltern. Von 41 Zwillingen waren von eineiigen 3 beide linkshändig, bei 21 nur der eine. Ein zweieiiges Zwillingspaar zeigte Linkshändigkeit; von 16 zweieiigen Zwillingen war nur ein Zwilling linkshändig. Siemens schließt daraus, daß die Linkshändigkeit eine nichterblich bedingte, eine paratypische Eigenschaft ist. Auch die sonstigen Angaben in der Literatur sprächen für eine nichterbliche Ätiologie der Linkshändigkeit. Die familiäre Häufung der Linkshändigkeit wird nicht durch erbliche Bedingtheit erklärt, sondern teilweise durch das an sich häufige Vorkommen der Linkshändigkeit. Siemens konnte bei seinem Material eine familiäre Häufung nicht feststellen. Die zwischen Linkshändigkeit und Sprachstörung festgestellte Korrelation ist durch eine physiologische, auf wechselseitiger Einwirkung der Organe beruhende Korrelation zu erklären. Zwischen Linkshändigkeit und Bettnässen bestehen keine Beziehungen, zwischen Linkshändigkeit und Epilepsie sind sie wahrscheinlich. Beziehungen zu Taubstummheit, Farbenuntüchtigkeit, Schwachsinn, Psychopathie sind durchaus unsicher. Die wahre Ursache der Linkshändigkeit ist bisher nicht bekannt. Wahrscheinlich kann sie aus verschiedenen Ursachen heraus entstehen. Aus seinen Befunden, daß bei Zwillingen 15,3% und bei Einlingen 7,3% Linkshändigkeit festzustellen war, vermutet Siemens einen Zusammenhang zwischen Linkshändigkeit und Zwillingsschwangerschaft. Vielleicht sind nach S. die häufigeren Lageanomalien, Frühgeburten, Geburtstraumen die Ursache hierzu. Die Frage nach der Häufigkeit der Linkshändigkeit bei Zwillingen bedarf in Zukunft besonderer Beachtung. Siemens ist im Gegensatz zu der Ansicht aller Autoren, die bisher sich mit dieser Frage beschäftigt haben, der Meinung, daß die Linkshändigkeit durch nichterbliche Faktoren bedingt ist. A. Holländer-Hamburg.

Anatomie und Physiologie.

Über die Phylogenese der Milchdrüsen und der Tasthaare, von I. Broman-Lund (Schweden). (Anat. Anz., 1925, Bd. 59, Nr. 5/7, S. 132.) Verf. hält Plate gegenüber, der B.s Hypothese über die Phylogenese der Milchdrüsen und Tasthaare abgelehnt hat, an seiner Theorie fest. Auf die mehr den Zoologen interessierenden Einwände Plates einzugehen, ist hier nicht der Ort. Dermatologisch ist von Interesse, daß sich nach B.s Theorie die Säugetierhaare aus den Drüsen der Amphibienhaut herleiten: die Seitenlinienorgane der Fische konnten phylogenetisch sowohl größere Drüsen wie Tasthaare — von der Entwicklung der gewöhnlichen Haare aus den Seitenlinienorganen

Digitized by Google

habe er nicht gesprochen — entwickeln und aus den ehemaligen Seitendrüsen bildeten sich am Kopf und Extremitäten regelmäßig Tasthaare, am Rumpf in der Regel Milchdrüsen. L. Leven-Elberfeld.

Das Epithelfasersystem der Hornhaut, von R. Mans, Univ. Augenkl. Rostock. (Kl. Mbl. f. Augenheilkd., 1924, Bd. 73, Sept.—Okt., S. 289.) Die Untersuchungen des Verf. beschäftigen sich mit der Frage, wie weit die Frieboesschen Befunde über das Epithelfasersystem der Haut auf das Epithel der Kornea des Menschen übertragbar sind, nachdem Frieboes an der Kalbskornea ein Epithelfasersystem festgestellt hatte, das nur feiner und zarter ausgebildet ist als an der Epidermis. Mans kommt zu folgendem Resultat: Das Fasersystem geht durch die ganze Höhe des Epithels der Kornea. Es bildet um die Kerne aus dicht verflochtenen Fasern bestehende Faserkörbe (bisher als Zellmembranen aufgefaßt), die auch miteinander innig durch Fasern verbunden sind. Das Fasersystem geht wahrscheinlich in die Bowmansche Membran über, am besten sichtbar am Limbus corneae. Bei entzündlichen Veränderungen, am deutlichsten bei den mit Zerstörung der Bowmanschen Schicht einhergehenden, sind starke Veränderungen im Epithelfasersystem vorhanden. Kontinuierlicher Übergang des Fasersystems in das subepitheliale Bindegewebe besteht bei zerstörter Bowmanscher Membran und bei den entzündlichen Veränderungen der Konjunktiva, wo keine Grenzmembran den innigen Konnex der Epithelfasern mit dem subepithelialen Bindegewebe verhindert. Diese Befunde des Verf. sind eine wichtige Stütze der Frieboesschen Auffassung von der mesenchymalen Genese des Epithelfasersystems. F. Jacobsohn-Berlin.

Plethysmographische Untersuchungen am Menschen, von P. Uhlenbruck-Würzburg. (Ztschr. f. Biologie, 1924, Bd. 80, S. 35—70.) Untersuchungen über Veränderung der Gefäßweite bei Reizung der verschiedenen Sinnesorgane der Haut, bei Applikation von Wärme-, Kälte-, Druck- und Schmerzreizen, bei Auslösung der Kitzel-, Juck- und Vibrationsempfindung. Die Gefäßreaktionen der Extremitäten wurden geprüft. Für die Untersuchungen wurde die plethysmographische Methode am geeignetsten befunden. Alle Sinnesempfindungen der Haut bewirken eine Gefäßkontraktion. Die Dauer und Stärke dieser Kontraktion steht in Übereinstimmung mit Dauer und Stärke der Empfindung. Die Gefäßreaktion folgt zeitlich der Empfindung nach, überdauert sie aber um ein Vielfaches. Durch schnell aufeinanderfolgende Reize kann man eine Summation der Gefäßkontraktionen hervorrufen. Die Schlagzahl des Herzens, die zur Verlangsamung neigt, wird nur in etwa 50% der Reize beeinflußt. Verf. fand, daß für das Zustandekommen der Gefäßreaktionen bewußte psychische Vorgänge nicht erforderlich sind, sie können aber ihren Verlauf modifizieren. Durch Ausschaltung des Bewußtseins werden die Gefäßreaktionen verstärkt. A. Holländer-Hamburg.

Über die Genese der reflektorischen Umgebungshyperämie unter physiologischen und pathologischen Verhältnissen, von E. Rajka und J. Fürth-Budapest. (D. m. W., 1924, Nr. 46, S. 1575.) Äußere Reize rufen an der Haut zweierlei Veränderungen der lokalen Blutzirkulation hervor: 1. die zentrale Reaktion (Anämie, kongestive Hyperämie oder Ödem) und 2. den hyperämischen Hof, der reflektorisch entsteht. Der Umgebungshyperämiereflex ist ein Rückenmarksreflex und verläuft in afferenten und efferenten Nervenfasern. Ist der sensible Nerv oder das Rückenmark in seiner ganzen Breite verletzt, so ist er nicht auszulösen. Bei halbseitiger Verletzung kann der Reflex erzeugt werden, da von jeder Hälfte des Rückenmarks zu beiden Körperhälften vasomotorische Nerven ziehen. Der Durchmesser der Umgebungshyperämie beträgt 1—6 cm. F. Harry-Wiesbaden.

Serum-Farbstoffphänomene, von F. Klopstock-Berlin-Dahlem. (Zbl. f. Bakt., 1924, Bd. 92, H. 7/8, S. 572.) Ebenso wie Oxazine (Nilblau) können auch Thiazine (Methylenblau) zu Leukobasen durch Serum reduziert werden. Sie regenerieren an der Luft wieder zu Farbstoff. Auch zahlreiche Triphenylmethanfarbstoffe werden durch Serum reduziert. Sie regenerieren jedoch an der Luft nicht mehr. Dies geschieht erst durch Säurezusatz. Während Dold die Ursache seiner Befunde bei Nilblau und Brillantreinblau in dem Gehalt des Serums an Reduktasen sieht, führt Verf. das Farbstoffphänomen auf die Eigenschaft des Eiweißes zurück, den Farbstoffen gegenüber als schwache Base zu wirken. Die Hemmung der Entfärbung durch Formol beruht auf der Fähigkeit der Aldehyde, den Farbstoff aus Leukobasen zu regenerieren. Eine praktische Bedeutung besitzen die Farbstoffphänomene nicht. F. Harry-Wiesbaden.

Über die Beziehung zwischen Kalium und Magnesium im Stoffwechsel, von C. Oehme. (Kl. W., 1925, Nr. 1, S. 21.) Verf. bespricht an Hand einiger Beispiele den Synergismus zwischen den beiden Ionen K und Mg. Die hier nur in aller Kürze dar-

Digitized by Google

gelegten Mitteilungen werden ausführlich in einer im Arch. f. exper. Path. u. Pharm. im Druck befindlichen Arbeit auseinandergesetzt. Es sei hier auf diese Arbeit nur verwiesen.
E. Langer-Berlin.

Über Züchtung menschlichen Gewebes, von O. Kauffmann, Path.-anat. Inst. Univ. Graz. (Zbl. f. allg. Path., 1925, Bd. 35, H. 16, S. 491.) Verf. hat, da über Züchtung menschlichen Gewebes noch sehr wenig bekannt ist, derartige Untersuchungen an der Leber von Neugeborenen und an Knochenmark von Erwachsenen vorgenommen. Er züchtete in Menschenplasma, das leicht zu beschaffen ist, allerdings den Nachteil rascher Verflüssigung bietet. An den Leber-Explantaten sieht man zuerst rundliche, etwas unregelmäßig gestaltete Zellen, mit unregelmäßigem etwas gelapptem Kern. Sie lokalisieren sich mit Vorliebe um Fremdkörper (am Deckglas haftende Papierfaserchen) die sie einhüllen. Diese Zellen gehören den Leukozyten an. Als zweite Zellart finden sich lange, spindelige, mit Ausläufern versehene Zellen (Fibroblasten). Ähnlich gebaute, aber plumpere Zellen mit Einschlüssen von Plasmaverunreinigung werden als Endothelien angesprochen. Als 4. Zellart kommen ziemlich große runde und ovale, als Leberzellen gedeutete Zellen in Betracht. Allmählich schwinden Leukozyten und Leberzellen, es restieren vom 6.—8. Tage Fibroblasten, die alle übrigen Zellarten überwuchern. Bei Knochenmark-Explantaten ist die Zellauswanderung eine viel intensivere. Man begegnet granulierten und ungranulierten Zellen sowie Riesenzellen. Nach 8—10 Tagen läßt sich beim Knochenmark als letzter Vorgang das Auswandern von Fibroblasten feststellen.
Eugen Fraenkel-Hamburg.

Mikroskopische Technik.

Eine Methode des mikrochemischen Cholesterinnachweises am Gewebsschnitt, von A. Schultz, Path. Inst. Univ. Kiel. (Zbl. f. allg. Path., 1924, Bd. 35, Nr 10, S. 314.) Verf. bedient sich zum Cholesterinnachweis folgender Methode: Gefrierschnitt von formolfixiertem Material (möglichst nach Gelatineeinbettung!) werden in dünnem Formalin mindestens 4 Tage lang (besser noch länger) intensivem Tageslicht bzw. Sonnenlicht ausgesetzt. Auffangen der Schnitte aus Wasser. Sorgfältiges Antrocknen mit Fließpapier auf dem Objektträger (wichtig!). Beschicken des Schnittes mit einigen Tropfen eines Gemisches, das aus Essigsäureanhydrid (oder besser Eisessig) und konzentrierter reiner Schwefelsäure (spez. Gew. 1,84) zu gleichen Teilen besteht (bei Herstellung desselben Schwefelsäure vorsichtig tropfenweise zugeben!). Deckglas aufdecken. Nach wenigen Minuten sei die Reaktion voll ausgebildet. Die cholesterinhaltigen Lipoide treten in tiefblauer Farbe hervor. Die Präparate seien nur einige Stunden haltbar.
J. Schumacher-Berlin.

Über elektive Vitalfärbungen, von J. Gicklhorn und R. Keller-Prag. (Biochem. Zschr., Bd. 153, H. 1/2.) Reduktions- und Oxydationsorte bedeuten im Sinne der Kellerschen Theorie Kathoden und Anoden. Zu ihnen wandern wie bei der Kataphorese die Farbstoffe. Oxydationsorte lassen sich außer mit dem Unnaschen Rongalitweiß auch mit zahlreichen anderen „anodischen Farbstoffen" anfärben. Wenn dagegen die Silbernitrat- oder Kaliumpermanganatfärbung der Reduktionsorte so oft durch kathodische Farbstoffe nicht ersetzt werden kann, so wird hier auf die chemische Deutung zurückgegriffen. „Färbungen von frischen Gefrierschnitten der Nerven mit Oxydations- und Reduktionsagenzien sind schon von Unna, von lebenden Objekten mit Rongalitweiß von Kreibich gemacht worden. Unna beschrieb die Nerven als Reduktionsorte, Kreibich als Oxydationsorte. Beide Autoren haben recht. Man kann die Nerven an demselben Tier je nach seinem Zustand als Reduktions- oder Oxydationsort durch Abblassen und reichliche Färbung demonstrieren. Die Richtung der Bläuung ist von außen nach dem Hirn, die Entfärbung (Reduktion) verläuft in der Regel umgekehrt." Auch dieses wird durch die elektrische Potentiale im Gewebe zu deuten versucht. Es ist zweifellos, daß die Verff. durch ihre zahlreichen Versuche, namentlich an Daphnien, eine Reihe interessanter Färbungen erhalten haben. Auch die leitende Idee, welche übrigens mit den Deutungen der klassischen Chemie durchaus nicht (überall) in Widerspruch zu stehen braucht, verdient alle Beachtung und Nachprüfung. In der Hauptsache wird sich der Theoretiker aber doch abwartend zu verhalten haben. Zwar stimmt manches sehr gut überein; aber bei anderen kann man noch Bedenken äußern.
R. E. Liesegang-Frankfurt a. M.

Digitized by Google

Bakteriologie und Immunitätslehre.

Über eine allgemeine Methode zur Darstellung des Ektoplasmas der grampositiven Bakterien, von M. Gutstein, Path. Inst. d. Univ. Berlin. (Zbl. f. Bakt., 1924, Bd. 93, H. 6, S. 393.) Bei Vorbehandlung der grampositiven Bakterien mit Tannin in der Kälte und nachfolgender Behandlung mit einem basischen Farbstoff wird nach den Untersuchungen des Verf. nur das Ektoplasma (Membran) der Bakterien gefärbt. Färbt man mit einem basischen Farbstoff vor und behandelt dann mit Tannin und einem anders gefärbten basischen Farbstoff nach, so kann man Ekto- und Endoplasma in den Bakterien nebeneinander kontrastreich darstellen, was durch Anführung zahlreicher Beispiele an Diphtheriebazillen, an Staphylo- und Streptokokken, Pneumokokken, Hefe- und Milzbrandbazillen bewiesen wird. J. Schuhmacher-Berlin.

Von einigen alten und neuen Fragen der Serumforschung, von H. Sachs, Inst. f. exp. Krebsforschg. Heidelberg. (D. m. W., 1925, Nr. 1, S. 16.) Allgemeine Betrachtung über die Gesichtspunkte, von denen aus die früheren Serumforschungen betrieben wurden, und über die Aufgaben, die die Serologie heute zu erfüllen hat. Sie erstrecken sich besonders auf das Studium der Labilitätserscheinungen in den Körpersäften. F. Harry-Wiesbaden.

Über das Wesen des sogenannten Komplements, von F. Klopstock-Berlin-Dahlem. (D. m. W., 1924, Nr. 51, S. 1790.) Verf. stellt die These auf, daß die Komplementwirkung an die Unversehrtheit des kolloidalen Systems des Serumeiweiß gebunden ist, d. h. an eine kolloidale Zustandsform und verwirft die strukturchemische Betrachtungsweise Ehrlichs. Alle Versuche, das Komplement zu isolieren oder darzustellen, sind bisher mißlungen, dagegen drängt die Tatsache, daß man Serum durch Altern, Hitze, Schütteln inaktivieren, ferner durch chemische Einwirkungen, durch Einführung kolloidalgelöster Körper usw. die Komplementfunktion aufheben kann, zu der vom Verf. vertretenen Auffassung. Die Bakteriolysine und Hämolysine bedürfen zu ihrer Aktivierung nicht der Absättigung ihrer komplementophilen Gruppe, sondern die Aktivierung erfolgt durch eine bestimmte Wasserstoffionenkonzentration und ein bestimmtes kolloidales System mit bestimmter Teilchengröße, Oberflächenspannung, Viskosität usw. F. Harry-Wiesbaden.

Über die Bedeutung der Phagozytose für unseren Organismus, von W. Tobler-Bern. (Schweiz. m. W., 1925, Nr. 4, S. 70—73. Der ursprünglichen Lehre Metschnikoffs, nach der die Phagozyten die Mikroorganismen in ihr Inneres aufnehmen und dort vernichten, wobei allerdings zugegeben wurde, daß unter anderen Gonokokken und Tuberkelbazillen diesem Einflusse widerstehen, trat die humorale Immunitätstheorie gegenüber, nach der der Prozeß der Keimabtötung nicht innerhalb der Phagozyten, sondern unter der Wirkung gelöster Abwehrkräfte in der Körperflüssigkeit sich abspielt. Dabei können aber die Phagozyten doch eine Rolle spielen, entweder durch ihre verschiedenen Fermente oder dadurch, daß sie körperfremde Substanzen in sich aufnehmen, um sie aus dem Kreislauf zu entfernen oder sie abzubauen. Die Gegensätze zwischen den extremen zellulären und humoralen Anschauungen suchte man zu überbrücken, indem man die Leukozyten als die Quelle des Alexins bezeichnete und dadurch die Phagozyten direkt an den humoralen Abwehrvorgängen beteiligte. Besonders verbindend hat die Opsoninlehre bzw. die Lehre von den Bakteriotropinen gewirkt: den Phagozyten kommt hauptsächlich die Fähigkeit zu, die Bakterien zu vernichten, jedoch ist eine Einwirkung humoraler Kräfte auf die Bakterien für ihre Aufnahme in die Leukozyten nötig. Ganz ungeklärt ist noch die Wirkung der Phagozyten auf die Staphylokokken. Plattenversuche des Verf. hierüber führten zu keinem eindeutigen Resultat; vielleicht hängt die verschiedene Einwirkung auf Staphylokokken damit zusammen, daß nur manche Staphylokokken das Leukozidin bilden, durch dessen Aufnahme die Leukozyten geschädigt werden. Auch Tierversuche führten zu keiner Klärung, inwiefern Staphylokokken durch die Leukozyten geschädigt werden. Doch können die Leukozyten auch ohne direkte Vernichtung der Erreger für den Körper nützlich wirken, z. B. dadurch, daß sie die Keime an Orte bringen, wo sie vernichtet werden können, oder indem sie als Antikörperquellen auftreten, oder bei Infektionen durch ihre antitoxische Funktion vor Vergiftungen durch schädliche Bakterienprodukte schützen, oder für die Lokalisierung eines Infektionsherdes von Bedeutung werden. Abgesehen von diesen immunisatorischen Wirkungen spielen die Leukozyten wahrscheinlich auch eine Rolle bei der Verdauung; man kann annehmen, daß sie wohl hauptsächlich vermittels ihrer Fermente an der Aufrechterhaltung des normalen Stoffwechsels mitwirken. E. Levin-Berlin.

Digitized by Google

Allgemeine Pathologie und Diagnostik.

Hautkrankheiten und Disposition, von S. C. Beck. (Vortrag, gehalten in der Sitzung der ärztlichen Abteilung der wissenschaftlichen Vereinigung in Pécs [Fünfkirchen], 14. Febr. 1925.) Disposition bedeutet den Grad der Reaktionsfähigkeit der Haut. Die Neigung zu Hautkrankheiten kann gesteigert werden durch äußere Faktoren. Die Ursache der Disposition ist oft nicht in der Haut, sondern in außerhalb derselben liegenden Faktoren zu suchen. Vortragender analysiert die Bazinsche Diathesenlehre und die sogenannten idiosynkrasischen Hautveränderungen und kommt zur Feststellung einer Gruppe innerer Dispositionsmomente. Diese ist gekennzeichnet durch den latenten Zustand, welcher unter dem Namen Hautallergie bekannt ist, und wohin auch der im Sinne Jadassohns, Doerrs und Blochs weiter gefaßte Begriff der Anaphylaxie gehört. Es gibt des weiteren Krankheiten, bei welchen die im zirkulierenden Blute nachweisbaren Stoffe die disponierenden Faktoren sind, so z. B. der gesteigerte Cholesteringehalt des Blutes bei der Xanthomatose, wo mechanische Insulte, und die Hämatoporphyrinämie bei der Hydroa aestivalis, wo die aktinischen Strahlen die auslösenden Ursachen darstellen. Die funktionellen Störungen der innersekretorischen Drüsen können nicht nur disponierend, sondern auch als unmittelbare Krankheitserreger wirken. Es wird auf die entstandene größere Hautempfindlichkeit bei Diabetes hingewiesen. Auf Grund der an seiner eigenen Klinik gemachten Beobachtungen und Versuche erörtert Verf. die Rolle der Dys- bzw. Hyper- oder Hypofunktion der Thyreoidea, welche bei fast allen Psoriasisfällen festgestellt werden konnte und so zur Basis eines neuen therapeutischen Prinzipes diente. Die Funktionsänderungen der Genitaldrüsen disponieren in verschiedenen Altersstufen zu verschiedenen Hautkrankheiten. Ganz kurz befaßt sich der Vortragende noch mit den beim Ekzem in Betracht kommenden disponierenden Faktoren, die heute im Mittelpunkt dermatologischer Forschung stehen und über die man noch kein abschließendes Urteil fällen kann. Die Anschauung gewinnt immer größeren Raum, daß die Ursache der Ekzemempfindlichkeit, unabhängig von jeder inneren Veränderung, in der Haut selbst, und zwar meistens in der Epidermis und in der obersten Kutisschicht liegt.
(Autoreferat.)

Über physikal-chemische Zustandsänderungen in gesunder und kranker Haut, von O. Gans, Univ.-Hautkl. Heidelberg. (Strahlenther., 1924, Bd. 18, Nr. 3, S. 655.) Zusammenfassende Darstellung seiner an verschiedenen anderen Stellen niedergelegten Forschungsergebnisse. Vgl. Derm. W., Bd. 78, S. 249 u. 363, Bd. 79, S. 645.
E. Hornemann-Lüneburg.

Zur Bedeutung der Haut bei Infektions- und Immunitätserscheinungen, von O. Hartoch, K. Muratowa, W. Joffe u. W. Berman-Leningrad. (Zbl. f. Bakt., 1924, Bd. 93, H. 7/8, S. 528.) Die Haut ist sowohl nach örtlicher perkutaner Applikation von heterogenem Eiweiß als auch nach parenteraler interarterieller Sensibilisierung zu lokaler Ausbildung einer Allergie befähigt. Bei vergleichender intrakutaner und intraperitonealer Infektion mit vollvirulentem Paratyphusstamm zeigten sich große Unterschiede. Die 250fache Menge der intraperitoneal letal wirkenden Dosis rief intrakutan nur lokale Reaktion hervor. Im Anschluß an diese lokale Infektion stellte sich ein hoher Grad von Allgemeinimmunität ein, der es gestattete, nach dreiwöchiger Inkubation 100 letale Dosen intraperitoneal gefahrlos zu verabreichen. Die gleichen Versuche wurden mit einem avirulenten Paratyphusstamm gemacht. Die intraperitoneale Vorbehandlung versagte gegenüber einer Infektion mit einfacher letaler Dosis. Dagegen war nach intrakutaner Impfung genügend Schutz gegen eine intraperitoneale Infektion mit 100facher letaler Dosis vorhanden. Die Haut spielt somit bei der Ausbildung von allgemeiner Immunität eine große Rolle.
F. Harry-Wiesbaden.

Der Zuckergehalt des Blutes bei Haut- und Geschlechtskrankheiten (Avér cukortartalma bör és nemibetegségeknél), von G. Nagy-Szeged. (Orv. Hetilap, 1924, Nr. 45, S. 779.) Verf. hat an 100 Hautkranken — Ekzem, Urtikaria, Combustio, Pellagra, Dermatomykose, Skabies, Psoriasis, Lichen planus, Herpes, Prurigo, Seborrhoe, Rosazea, Erythema multiforme und nodosum, Erythema menstruale usw. —, 10 Blennorrhoikern, 10 Luetikern und 10 gesunden Kontrollpersonen den Zuckergehalt des Blutes untersucht. Die Untersuchungen hatte er der Bangschen Mikromethode gemäß ausgeführt, bei jedem einzelnen Kranken 2—5 mal, im Höhepunkt der Krankheit und nach der Genesung. Den Zuckergehalt des Blutes gesunder Personen fand er kongruent mit dem Resultat MacLeods und Büdingens, zwischen 0,07—0,13%, und er fand auch bei seinen Kranken keine Abweichung von diesem Werte. Ein einziger, an tertiärer Lues leiden-

Digitized by Google

der Kranker wies hohen Blutzuckergehalt (0,17%) auf, der jedoch mit Beginn der antiluetischen Kur stufenweise auf 0,12% sank. Verf. denkt in diesem Falle an luetische Erkrankung des Pankreas. K. v. Berde-Szeged.

Zur Pathologie der elastischen Fasern und des kollagenen Gewebes der Haut, von C. Sternberg-Wien. (88. Vers. dtsch. Naturf., Abt. Pathol.; Zbl. f. Pathol., 1924, Bd. 35, Nr. 8/9) Elastische Fasern der normalen Haut zeigen sehr häufig schwere pathologische Veränderungen. Es handelt sich um körnigen Zerfall und Knäuelbildung oder Atrophie und Schwund der Fasern in den obersten Schichten der Kutis. Es ergaben sich Befunde, die denen bei kolloider Degeneration der Haut oder bei Pseudoxanthoma elasticum und Colloidoma miliare entsprechen. Diese sind im Sinne P. G. Unnas durch eine eigenartige Umwandlung des kollagenen Gewebes zu erklären. Die beschriebenen Veränderungen finden sich meist im Alter. Sie stellen wohl den Ausdruck der Abnutzung der Haut dar. Die elastischen Fasern sind nicht die Träger der Elastizität. Der alte Name „gelbes Bindegewebe" ist zweckmäßiger als der irreführende „elastische Fasern". A. Holländer-Hamburg.

Zur Einwirkung des elektrischen Stromes auf Epithel- und Krebszelle, von E. Delbanco-Hamburg. (Virch. Arch., 1925, Bd. 254, H. 2, S. 302.) Der Verf. hat ein nach Mammakrebs aufgetretenes, kirschkerngroßes, mittels Kaltkaustik entferntes Narbenrezidiv untersucht und erörtert an der Hand der dabei erhobenen Befunde den etwaigen Einfluß des elektrischen Stroms auf Epithel- und Krebszellen. Histologisch weicht die krebsige Infiltration gegenüber der des ursprünglich untersuchten krebsigen Mammagewebes insofern ab, als die gesamten Krebszellen wie die Stachelzellen zu langen Fäden und Büscheln ausgebildet waren. Er bespricht dann noch den Einfluß auf das elastische Gewebe in dem Krebsrezidiv, ohne aber zu einem Schluß zu gelangen, ob hier ein spezifischer Einfluß des hochfrequenten Wechselstroms vorliegt. Ich sehe deshalb von einer Wiedergabe der das Elastin betreffenden Veränderungen ab. Den Hauptwert legt D. auf den Nachweis der Epithelstreckung, auf die seiner Zeit Unna bei seinen Untersuchungen über die Einwirkung des Mikrobrenners auf die Haut aufmerksam gemacht hatte. D. nimmt an, daß sie ihre Entstehung physikalisch-chemischen Vorgängen verdankt. Ob die gestreckte Epithelzelle in ihrer Vitalität geschädigt oder womöglich schon tot ist, vermag er nicht anzugeben und rät zu experimenteller Prüfung dieser Frage. Eugen Fraenkel-Hamburg.

Beiträge zur Pathologie der Blutkrankheiten, von W. Steinbrinck-Breslau. (D. m. W., 1925, Nr. 3, S. 106.) Verf. berichtet über einen Fall von lymphatischer Leukämie ohne Lymphadenose mit lokalisierter hämorrhagischer Diathese, über einen Fall von sporadischer Hämophilie bei einem 23jähr. Mädchen und über eine chronische, myeloische Leukämie bei einer 15jähr. Pat. mit Hautveränderungen. Die letztere Erkrankung begann gegen Ende des 11. Lebensjahres. Mit wechselndem Erfolge wurde Pat. mehrfach bestrahlt und mit Arsazetin behandelt, bis sie sich gegen jegliche Therapie refraktär zeigte. Sie erlag schließlich einer hämorrhagischen Diathese durch Hirnblutung. Bemerkenswert war das Fehlen der Menses und der sekundären Geschlechtsmerkmale, das hochgradig verkümmerte Genitale (Röntgenschädigung?). 2 Monate vor dem Tode trat eine schnell vorübergehende Urtikaria auf, die wohl als Eiweißzerfallserscheinung aufzufassen ist. Wenige Wochen vor dem Tode entwickelten sich an den Streckseiten beider Unterschenkel stecknadelkopf- bis linsengroße Knötchen. Die größeren Knötchen wandelten sich allmählich in Bläschen mit dicker, brauner Kruste um. Die Bläschen enthielten zellig-leukämisches Exsudat. F. Harry-Wiesbaden.

Untersuchungen über die Bedeutung des retikuloendothelialen Systems für die Vernichtung von Infektionserregern und für die Entstehung des Amyloids, von G. Domagk, Path. Univ.-Inst. Greifswald. (Virch. Arch., 1924, Bd. 253, H. 3, S. 594.) Der Verf. gibt an, schon 10 Minuten, ja sogar 2 Minuten nach intravenöser Injektion abgetöteter oder lebender Kultur von Staphylokokken und Streptokokken sowie von B. col. bei weißen Mäusen Amyloid erzeugt zu haben, vor allem perinodulär in der Milz, aber auch in der Leber. Es soll sich dabei um einen, sich mit großer Schnelligkeit abspielenden Fällungsvorgang handeln. Das entstehende Amyloid tritt in der Umgebung von die injizierten Bakterien phagozytierenden Zellen auf, vor allem Kapillarendothelien der Milz und Leber. Hier findet eine Ausfällung von Eiweißspaltprodukten statt, wahrscheinlich unter der Einwirkung von Fermenten. Außerdem nimmt in Amyloidmilzen von Mäusen der Rest-N. sowie der N. des koagulablen Eiweiß zu. Diese Zunahme ist größer als der N.-Gehalt der eingespritzten Bakterien. Es dürfte also auch das Eiweiß der untergehenden Zellen, besonders der Leukozyten, bei der Amyloid-

Digitized by Google

entstehung große Bedeutung haben. Die Leber wandelt die ihr zugeführten, löslichen N.-haltigen Substanzen in koagulables Eiweiß um, wodurch es zur Vergrößerung des Organs kommt. In den am Eiweißabbau beteiligten Zellen wird Vergrößerung des Kerns und Protoplasmas mit Vakuolenbildung beobachtet. Auch die Endothelien der Lungen schwellen unter Umständen bis zu völligem Verschluß der Lungenkapillaren an. Die in Endothelien der Milz, Leber und Lungen geratenen Kokken werden viel rascher abgebaut als die im Gewebe liegen gebliebenen. Nach der intravenösen Kokkeneinverleibung erfolgt hochgradiger Leukozytensturz, unter gleichzeitigem Auftreten von Degenerationsformen weißer, in der Milzpulpa wiederzufindender Zellen. An der Phagozytose von Kokken sind auch Monozyten beteiligt. Endlich sind die Kokken häufig durch Blutplättchenhaufen eingeschlossen und werden dadurch wohl auch unschädlich gemacht. Die mitgeteilten Versuche bedürfen unter allen Umständen der Nachprüfung, vor allem mit Rücksicht auf die blitzartige Entstehung des Amyloids. Eugen Fraenkel-Hamburg.

Beitrag zu den Beziehungen zwischen Entzündung und Nervensystem, von H. Königstein. (M. m. W., 1924, Nr. 52, S. 2802.) Bei einem Zosterherde bei einer 35jähr. Frau war die Umgebung der Zosterbläschen gegen Nadelstiche unterempfindlich bei bestehenden heftigen Schmerzen, also eine Anaesthesia dolorosa. Außerdem ergab sich bei einer Höhensonnenbestrahlung der kranken Partie, daß die bestrahlten Teile zwar eine intensive, an manchen Stellen bis zur Blasenbildung gesteigerte Reaktion aufwiesen, daß aber die Zosterherde selbst von einem breiten anämischen Hof umgeben waren. Nach Abklingen des Erythems blieb an dessen Stelle eine erhebliche Pigmentierung, während die anämisch gewesenen Ringe um die Zostereffloreszenzen nun normal gefärbte Haut aufwiesen. Verf. hat dieses Phänomen nur an diesem einen Falle nachweisen können. Er glaubt, daß nicht nur die Hyperämie, sondern auch die starke Pigmentierung wie auch die anämische Ringbildung sich nur erklären lassen, wenn man hierfür den Einfluß des Nervensystems als ausschlaggebenden Faktor heranzieht.

E. Langer-Berlin.

Haut und vegetatives Nervensystem, von F. Glaser-Berlin-Schöneberg. (Zschr. f. ärztl. Fortbild., 1925, Jg. 22, Nr. 1, Nr. 2, S. 39.) Kritische Besprechung neuerer Arbeiten. Zum Referat nicht geeignet. H. Fendt-Wiesbaden.

Über das Verhalten des vegetativen Nervensystems der Karzinomkranken, von L. Margolin. (Zschr. f. Krebsforschg., 1924, Bd. 21, H. 6, S. 484—493.) Untersuchung des vegetativen Nervensystems von Krebskranken. Ausführliche Versuchsprotokolle sind beigegeben. Bei $^3/_4$ der untersuchten Krebskranken konnte geringe Adrenalinempfindlichkeit nachgewiesen werden. Das Verhältnis von Kalium zu Kalzium (Kalium- und Kalziumspiegel im Blutserum) ist bei Sympathikotonischen groß, bei Vagotonischen klein. Die Grenze wird bei 2, 3 angenommen. Durchschnittlich ist bei Karzinomatösen das Verhältnis K zu Ca niedriger als bei nicht Karzinomkranken.

A. Holländer-Hamburg.

Sympathisches System und Dermatosen (Système sympathique et dermatoses), von J. Golay-Genf. (Rev. Suisse rom., 1925, Nr. 1, S. 39.) Gruppen von Dermatosen, die auf Sympathikusstörungen zurückzuführen sind: 1. Funktionelle Störungen des Sympathikus ruft den Pruritus hervor, der wiederum die Ursache der Manifestationen auf der Haut ist: Prurigo, Lichenifikation, Ekzematisation, Lichen, Dermatitis dolorosa, Urtikaria. 2. Die Hauterscheinungen sind direkt abhängig von einer funktionellen Störung des Sympathikus: Erythem, Erythrodermie, Purpura, Ekzem, Herpes, Pemphigus, Psoriasis — Nävi? 3. Die Hauterscheinungen stehen unter dem Einfluß einer funktionellen Störung sowohl sympathischer als auch endokriner Natur: Sklerodermie, Ichthyosis, Pigmentation, Hypertrichose, Alopecia non parasitaria, Hidrosis, Seborrhoe und seborrhoische Affektionen. Beschreibung eines Falles von polymorpher Dermatitis dolorosa, der sich durch erythematöse, bullöse, sehr stark juckende, symmetrische Erscheinungen auszeichnet, von einer Hyperhidrosis begleitet ist und besonders heftig während der Menstruation auftritt. Durch Autohämo- und Proteinkörpertherapie heilte das Krankheitsbild ab. Nicht nur die Art der Erscheinung, ihr symmetrisches Auftreten während der Menstruation, sondern vor allem auch das Ansprechen auf die Proteinkörpertherapie beweisen nach Angabe des Verf. die Abhängigkeit vom Sympathikus. R. Hölscher-Hamburg.

Zur Biologie der Haut. IV. Mitteilung: Die Bedeutung des Säure-Basengleichgewichtes für den Leukozytensturz nach Intrakutaninjektion. Die Abhängigkeit des Phänomens vom physiko-chemischen Charakter des Injektionsmittels, von H. Vollmer u. A. Schmitz, Kaiserin-Aug.-Vikt.-Haus Charlottenburg. (Zschr. f. d. ges. exp. Med., 1924, Bd. 44, H. 1/2, S. 83.) In Fortführung weiterer Unter-

Digitized by Google

suchungen über das Phänomen des Müllerschen Leukozytensturzes nach Intrakutaninjektion und der Einwirkung der Intrakutaninjektion auf den Stoffwechsel stellen Verff. fest, daß bei verschiedenen, mit einer Azidose einhergehenden klinischen Zuständen der Leukozytensturz nach Intrakutaninjektion physiologischer Kochsalzlösung ausbleibt. Eine experimentelle Azidose durch Ammoniumchlorid verhindert ebenfalls den Eintritt des Leukozytensturzes. Läßt man forziert atmen, so kommt es zur Alkalose und gleichzeitig mit dem Auftreten tetanischer Symptome zu einem Leukozytensturz. Also ist die Wirkung der Intrakutaninjektion abhängig vom physiko-chemischen Charakter des Injektionsmittels. Leukozytenverschiebungen im Blut und Säureausscheidungen mit dem Harn werden gleichsinnig beeinflußt. Na-K-OH-Ionen und hypotonische Lösungen führen zu einem Leukozytensturz und einer Verminderung der Säureausscheidung. Ca- und H-Ionen sowie hypertonische Lösungen lassen Leukozytenzahl und Säureausscheidung unbeeinflußt oder erhöhen sie. Ein weiterer Beweis für diese Anschauung läßt sich durch Injektion von Normosal bringen, das auf Grund seiner Na-K-Ca-Isoionie die Leukozytenzahl im peripherischen Blute nicht verändert. Bei diesem Phänomen spielt, wie bereits Mautner angegeben hat, die Lebersperre eine wesentliche Rolle. Der Vagus verschließt die Venensperre, der Sympathikus öffnet sie. Histamin-Pepton- und hypotonische Salzlösungen schließen, Adrenalin, Koffein, Diuretin, hypertonische Salz- und Zuckerlösungen öffnen sie. R. Hölscher-Hamburg.

Über einen Fall von anaphylaxieähnlichen Nebenerscheinungen nach Novoprotineinspritzungen, von K. Hajos, III. Med. Univ.-Kl. Budapest. (K. W., 1925, Nr. 3, S. 120.) In einem Falle unter zahlreichen Versuchen mit Novoprotin konnte Verf. nach der 7. Injektion eine schwere Anaphylaxie beobachten, die sich 2 Tage später trotz einer zur Desensibilisierung vorgenommenen vorher gemachten Injektion von $^1/_4$ ccm wiederholte, dann aber bei den folgenden Einspritzungen fortblieb. Verf. warnt daher davor, ohne Vorsichtsmaßnahmen zu injizieren, und rät, vom 6.—9. Behandlungstage an mit desensibilisierenden Injektionen einzusetzen. Der Zweck der Novoprotinbehandlung, eine Entfettungskur, wurde ohne gleichzeitige Schilddrüsenmedikation erreicht. E. Langer-Berlin.

Veränderungen des Blutes im Verlauf des anaphylaktischen Choks (Modification du sang au cours du choc anaphylactique), von L. Blum, M. Delaville u. Van Gaulaert. (Compt. rend. acad. des Sciences, 1924, Bd. 179, Nr. 22, S. 1294.) Das im Blut vorhandene Kalzium besitzt einen ultrafiltrierbaren, sehr konstanten Anteil. Dieser schwankt bei den einzelnen Tierrassen zwischen 45 und 60%. Im Verlaufe eines anaphylaktischen Choks nimmt nur der ultrafiltrierbare Anteil des Blutkalkes bis zu 75 bis 100% zu. Dies konnten die Verff. an Tieren und Menschen zeigen, denen durch parenterale Proteinkörperzufuhr ein anaphylaktischer Chok beigebracht worden war. Diese Vermehrung des ultrafiltrierbaren Ca setzt rapide ein und verschwindet ebenso schnell mit dem Nachlassen der bekannten klinischen Symptome, so daß dieser Untersuchungsmethode auch praktisch differentialdiagnostische Bedeutung zukommen kann. Wissenschaftlich sind die Untersuchungen der Verff. von Wichtigkeit für die Auffassung des anaphylaktischen Choks als einer physikalisch-chemischen Verschiebung im Kolloidsystem der Zellen, der „Kolloidoklasie" von Widal und Abrami, deren Zusammenhang mit der Störung des Ionengleichgewichtes ja auch gerade durch deutsche Arbeiten heute ein allgemein geläufiger Begriff ist. Die damit verbundene Änderung der P_H und der Alkalireserve ist Gegenstand weiterer Forschungen der Verfasser. F. Jacobsohn-Berlin.

Tagesgeschichtliche Nachrichten.

Gestorben: Dr. Marcel Bloch, Laboratoriumschef am Hôpital Saint-Louis in Paris;

Dr. Alexander Glück, Primararzt der dermatologischen Abteilung des Vakufspitals in Sarajevo;

Dr. Léon Testut, vormals Professor der Anatomie in Lyon, bekannt durch ein größeres Werk über die Symmetrie bei Hautaffektionen. R.

Nachdruck (auch des Abschnittes „Tagesg. Nachr.") ist ohne Genehmigung des Verlegers nicht erlaubt.

Verantwortlich für die Redaktion: für Originalabhandlungen und T. N.: Prof. Dr. J. H. Rille, Leipzig. Für den Referatenteil: Dr. M. Unna, Hamburg-Bergedorf.

Digitized by Google

Dermatologische Wochenschrift

Nr. 19 (Bd. 80) 9. Mai

Aus der dermatologischen Abteilung des allgemeinen Krankenhauses Barmbeck-Hamburg (Oberarzt Prof. Dr. R. Hahn).

Weitere Beiträge zur Kasuistik der multiplen Leiomyome der Haut.

Von

Dr. G. Hagena, Assistenzarzt.

Mit 2 Abbildungen im Text.

Die von Besnier 1880 beschriebenen Leiomyome der Haut bilden eine verhältnismäßig seltene Erkrankung, konnte doch Adrian (1) im Jahre 1913 erst etwa 30 Fälle aus der Literatur auffindig machen. Kleinsorg (2) stellte 1917 die bis dahin veröffentlichten Beobachtungen in einer Dissertation zusammen und fügte zu den 42 beschriebenen Fällen einen weiteren zu. Die bis dahin erschienene Literatur ist am Schluße seiner Arbeit zusammengestellt. Seitdem wurde weiteres Material veröffentlicht: 1918 von Levit (3), der ein einzelnes Myom von Erbsengröße in der linken Ellenbeuge eines 43jährigen Mannes beschrieb, doch gehört dieser Fall nicht zu den typischen Besniersschen Leiomyomen, die in der Mehrzahl aufzutreten pflegen. Ebenso wenig können wir den 1917 von Smilovici (4) publizierten Fall dazu rechnen, da sich hier die Myome in Verbindung mit Keloiden auf der Basis einer Acrodermatitis chronica atrophicans entwickelten. Dagegen scheint der von Sachs (5) 1917 vorgestellte Patient mit typischen Hautmyomen behaftet gewesen zu sein, die anfänglich für Recklinghausensche Tumoren gehalten waren. Ebenso zu den typischen Fällen gehört wohl der von Arndt (6) 1921 vorgestellte Patient. Leider fehlen in beiden Fällen nähere Angaben. Von Stümpke (7) wurde dann 1922 ein 32jähriger Schuhmacher mit multiplen Myomen im Gesicht demonstriert. 1924 stellte Kihsmeyer (8) solche am linken Arm vor. Damit wäre die Zahl der Fälle von multiplen Myomen der Haut auf 46 gebracht.

Ich möchte diesen Beobachtungen eine weitere zufügen, die zugleich auf die Ätiologie dieser Erkrankung Licht zu werfen scheint.

P. N., geboren 1896, wurde am 11. Dezember 1924 wegen einer Gonorrhoe auf die Abteilung aufgenommen. Sein Vater war ein Stiefbruder (denselben Vater) seines Großvaters mütterlicherseits. Pat. war früher nie ernstlich krank. Seit seiner Kindheit bemerkt er Knötchen in der Haut des Rückens, die jedoch keinerlei Beschwerden verursachen, nur bei starkem Druck oder Schlag darauf sind sie schmerzhaft.

Es handelt sich um einen 1.68 Meter großen, mittelkräftig gebauten Maschinenbauer, dessen innere Organe keinen krankhaften Befund ergeben. Der Behaarungstypus ist ein männlicher ohne Abnormitäten. Das Nervensystem ist intakt, das Blutbild weicht nicht vom normalen ab. Der Augenhintergrund ist ohne Besonderheiten. Die WR im Blut ist negativ.

Digitized by Google

Unter dem linken unteren Schulterblattwinkel befinden sich etwa 30 linsen- bis erbsengroße Knötchen in der Haut, die sich darüber nicht verschieben läßt, dagegen sind die Knoten über der Subkutis verschiebbar. Während die Farbe der Haut über den kleineren Tumoren nicht verändert ist, weist sie über den größeren geringe lividrote Färbung auf. Bei senkrechtem Druck auf die größeren Knoten werden Schmerzen geäußert, besonders bei seitlichem Druck auf die emporgehobene Geschwulst. Spontanschmerzen bestanden nie. Die kleineren Effloreszenzen sind unempfindlich. Auf entsprechender Höhe finden sich rechts noch 3 Knötchen, eins ist auf der Hinterseite des linken Oberschenkels, ein weiteres rechts vom Sternum lokalisiert.

Die histologische Untersuchung eines größeren exstirpierten Tumors ergab, daß es sich um eine Neubildung von glatter Muskulatur handelte. Die Muskelzüge laufen wahllos durcheinander, dazwischen befindet sich mäßig Bindegewebe, vereinzelte Nervenfasern und Gefäße. Sicherheiten über den Ursprung der Muskelneubildung konnten die Schnitte nicht ergeben. Die Muskelfasern pflanzen sich zapfenförmig in das umgebende Gewebe fort, es besteht keine Bindegewebskapsel. Die Hautstruktur ist nicht verändert.

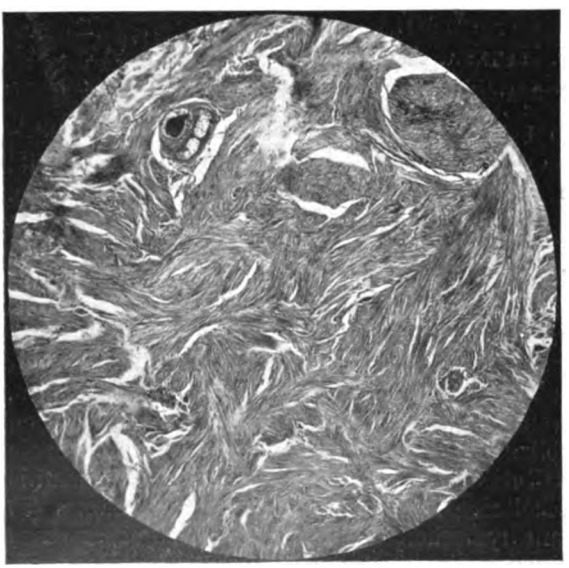


Abb. 1.

Der Pat. gibt an, daß sein Onkel, der Bruder der Mutter, auf der Stirn ähnliche Knötchen habe, sonst weis er von seiner Familie niemand, der Hautveränderungen aufwiese. Seine Eltern sind tot. Bei der Untersuchung des Onkels ergab sich, daß der früher stets gesunde, 56 Jahre alte, kräftige Mann rechts an der Stirn etwa 8 erbsengroße, etwas weißlich schimmernde Knötchen aufweist, die seit der Jugend bestehen und keinerlei Beschwerden machen, nur beim Druck eines zu engen Hutes sind sie schmerzhaft. Lateral vom rechten Schulterblatt befinden sich zahlreiche linsen- bis kleinerbsengroße Knötchen, die dasselbe Aussehen und Verhalten zeigen wie die unseres Pat. Auch hier bestehen keinerlei Spontanschmerzen. An der Diagnose Dermatomyome kann nicht gezweifelt werden, wenn auch leider der Mann eine Exstirpation eines Knötchens zur Sicherstellung der Myome ablehnte.

Die Matrix der Neubildung ist die Kutis, doch können sich die Tumoren bis in die Subkutis erstrecken, sind aber meistens darüber gut verschieblich. Es scheint, daß die Erkrankung nicht an ein bestimmtes Geschlecht gebunden ist. Von den bisher veröffentlichten Fällen waren 14 weibliche und 26 männliche Individuen, bei den anderen fehlt die Geschlechtsangabe. Das Alter schwankt zwischen 10 und 71 Jahren. Soweit Angaben über das Alter der Myome gemacht sind, erstreckt sich dasselbe von der Geburt bis zu einem Jahre vor der Beobachtung. Die Lokalisation der Tumoren ist sehr schwankend, der Kopf war in sieben, der Rumpft in acht, die Extremitäten in sieben, Rumpf und Extremitäten in zwölf Fällen, Kopf, Rumpf und Extremitäten in einem Falle als Sitz der Tumoren angegeben; dreimal waren die Myome nur einseitig lokalisiert.

Digitized by Google

Spontanschmerzen wurden 18mal beobachtet, in den anderen Fällen bestanden keine Schmerzen, oder ist darüber nichts mitgeteilt. Man sieht also, daß die Spontanschmerzen nicht unbedingt zum Krankheitsbild gehören, daß sie sogar in den meisten Fällen fehlen. Daß die Myome sich auf ein bestimmtes Nervengebiet erstrecken, können wir nach unseren beiden Beobachtungen ablehnen; ebensowenig handelt es sich um symmetrische Anordnung, auch zu den Hautleisten fanden wir keinerlei Beziehung. Die Frage, ob die Muskelneubildung von den Arrectores pili, der Gefäßmuskulatur oder von den Knäueldrüsen ausgeht, wird kaum zu beantworten sein. Die Arrectores pili werden von 22 Autoren als Ausgangs-

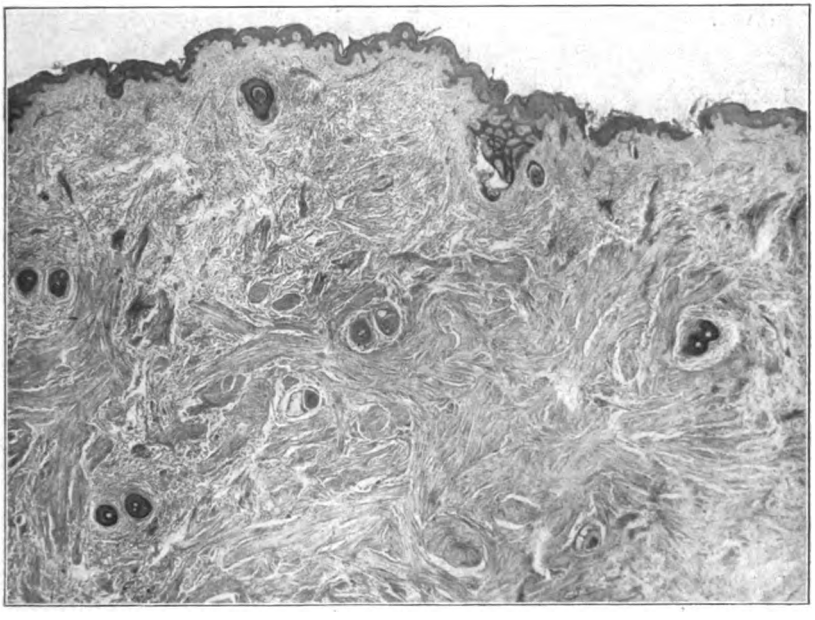


Abb. 2.

punkt angesehen, die Tunica media der Gefäße von vier, die Knäueldrüsen von einem, während 3 Autoren die Geschwulst von mehren dieser Elemente zusammen ableiten. Bei den übrigen Fällen finden wir keine Mutmaßung in dieser Frage. Die Entscheidung wird schwer zu treffen sein, denn daß alle muskulären Elemente der Haut in den Tumor einbezogen sein können, liegt auf der Hand, nur welche Muskelmassen zuerst zu wuchern anfingen, wird schwerlich feststellbar sein. Wenn man auch schon an eine Erbanlage bei den Dermatomyomen gedacht hat, so fehlte doch bisher eine sichere Beobachtung einer Vererbung. Da wir nun die seltene Erkrankung bei zwei ziemlich nahen Verwandten gefunden haben, kann an einer Erbanomalie nicht gezweifelt werden. Die Dermatomyome sind daher als angeborene Hamartome anzusehen. Die Prognose ist eine absolut gute. Bösartige Wucherungen sind bei multiplen Myomen nicht beobachtet, sondern nur bei Solitärtumoren. Zur Diagnose

Digitized by Google

ist auf die Größe hinzuweisen, die kaum die einer Bohne überschreitet. Die Konsistenz ist eine harte. Beides ist gegenüber den Recklinghausenschen Tumoren zu betonen. Sind die Myome ohne Spontanschmerzen, so ist die Unterscheidung von Lymphangioma tuberosum multiplex schwierig. Das tuberöse Xanthom ist dagegen durch die Gelbfärbung gekennzeichnet. In allen unsicheren Fällen sollte man aber eine histologische Untersuchung nicht unterlassen.

Eine Therapie wird sich bei den schmerzlosen Myomen erübrigen, im anderen Falle kann man die schmerzhaften Tumoren exzidieren, doch sind danach Rezidive beobachtet. Auch Elektrolyse ist empfohlen. Über die Erfolge mit Röntgenbestrahlung liegen wiedersprechende Beobachtungen vor.

Literatur.

1. Adrian, Arch. f. Derm., Bd. 117, S. 887. — 2. Kleinsorg, Ein Fall von multiplen Dermatomyomen. Inaug.-Dissertation. Bonn 1917. — 3. Levit, Arch. f. Derm., Bd. 122, S. 357. — 4. Smilovici, Arch. f. Derm., Bd. 124, S. 77. — 5. Sachs, Arch. f. Derm., Bd. 125, S. 166. — 6. Arndt, Arch. f. Derm., Bd. 137, S. 10. — 7. Stümpke, Derm. Zschr., Bd. 37, S. 83. — 8. Kihsmayer, Derm. Zschr., Bd. 40, S. 119.

Aus der dermatologischen Abteilung des Städtischen Krankenhauses Wiesbaden (Leiter: Oberarzt Dr. Gutmann).

Über die Bowensche Dermatose.

Von

C. Gutmann.

Mit 4 Abbildungen im Text.

(Schluß.)

Bei einer 73jährigen Frau stellte ich als einzigen krankhaften Befund an der Hautdecke das Folgende fest:

Im Bereiche der linken großen Schamlippe sitzt ziemlich weit oben an ihrer Außenseite und nur wenig vom Übergang zur Innenfläche entfernt ein annähernd rundes, tumorartig das Hautniveau überragendes Gebilde, dessen Durchmesser knapp 2 cm beträgt. Es ist ziemlich scharf gegen die Umgebung abgesetzt, wenigstens an den allermeisten Stellen, und nur hier und da geht es mehr allmählich in die normale Nachbarschaft über. Die Randpartien sind am wenigsten erhaben, nach dem Zentrum zu wird der Tumor immer prominenter. Seine Oberfläche ist nicht glatt, sondern erscheint gelappt, zum Teil von maulbeerartigem Aussehen; das ist am markantesten in den zentralen Teilen ausgesprochen, wo die unregelmäßig geformten kleinen Wülste durch schmale, zum Teil ziemlich tiefe Einsenkungen voneinander getrennt sind. In den peripheren Teilen, und zwar insbesondere distalwärts, ist die Furchen- und Lappenbildung kaum angedeutet, doch sieht man hier eine ganze Reihe feiner Grübchen, die offensichtlich durchweg Follikelöffnungen entsprechen (s. Abb. 1). Die Farbe ist im Zentrum ein schmutziges Weiß, während die Rand-

Digitized by Google

abschnitte einen mehr grauen Farbenton aufweisen. Nirgends sind Schuppen oder Krusten aufgelagert, nirgends ist etwas von Ulzeration wahrzunehmen. Die Konsistenz des Tumors ist ziemlich derb, ein nennenswertes Infiltrat im Bereiche der Basis der Geschwulst nicht vorhanden bzw. nicht feststellbar. Die Femoraldrüsen und Inguinaldrüsen ohne Befund.

Über die Entstehung und Entwicklung dieses eigenartigen Gebildes vermochte die alte Frau uns nicht die geringsten Angaben zu machen. Die Diagnose konnte nach Lage der Dinge nur auf Tumor gestellt werden, wobei die Frage nach seiner Natur ganz außer Betracht bleiben mußte. Am ehesten rechnete ich mit der Möglichkeit, daß ein Karzinom, vielleicht von etwas abweichender Form, vorliegen würde. Um so größer war daher mein Erstaunen, als ich bei der mikroskopischen Untersuchung, zu der etwa das oberste Drittel des Gebildes verwendet wurde, folgende Befunde erheben konnte:

Abb. 1. Etwa das obere Drittel des Tumors wurde zur mikroskopischen Untersuchung verwendet und fehlt daher im Bilde.

Entsprechend der scharfen Grenze, die zwischen Tumor und Umgebung besteht, setzen auch im mikroskopischen Schnitt die pathologischen Veränderungen ziemlich unvermittelt ein. Man sieht in der Grenzpartie Epitheleinsenkungen in die Kutis, die an Größe die normalen interpapillären Epithelzapfen erheblich übertreffen. Sie haben die allerverschiedenste Form, sind teils leistenartig oder auch zapfenförmig, teils auch mehr kolbenartig gestaltet und reichen naturgemäß verschieden weit in das Korium hinein. Innerhalb dieser Akanthose fallen bereits hier an vereinzelten Stellen Zellen auf, die sich durch einen größeren Kern oder auch mehrere Kerne vor den übrigen auszeichnen. Auch ist der Zellaufbau in einigen Bezirken nicht mehr ganz so wie in der normalen Haut. Immerhin ist aber die Pallisadenstellung der Basalzellen fast durchweg noch erhalten. In den obersten Schichten sieht man dann auch hier und da interzelluläres Ödem. Die Körnerschicht ist noch erhalten, ebenso auch im wesentlichen wenigstens die Hornschicht; nur gelegentlich stößt man statt dieser beiden Schichten auf eine kleine Parakeratoseinsel. Je weiter wir uns nun von der Peripherie entfernen, um so auffälliger werden die Veränderungen. Die Epithelzapfen werden immer plumper und massiger, und an der Wucherung des Epithels nehmen in ausgesprochener Weise auch die Follikel teil. Immer aber bleibt die Grenze zwischen den in die Tiefe vorgeschobenen Epithelzellenformationen und der Kutis eine scharfe. Zwischen diese schwer veränderten Partien sind nun immer ein-

Digitized by Google

mal wieder kleine Bezirke eingeschaltet, wo abgesehen von einer mäßigen Akanthose sonst im großen und ganzen normale Verhältnisse am Epithel herrschen. Was diese Veränderungen im einzelnen betrifft, so sieht man, daß hier fast überall nichts oder fast nichts mehr von der normalen Zellarchitektur erhalten geblieben ist. Wir erblicken statt dessen ein buntes Durcheinander vielgestaltiger Zellen, die oft keinen festgefügten Verband mehr bilden, und deren Filamentenapparat dann nicht mehr existiert. Von einer Pallisadenstellung der dem Bindegewebe unmittelbar benach-

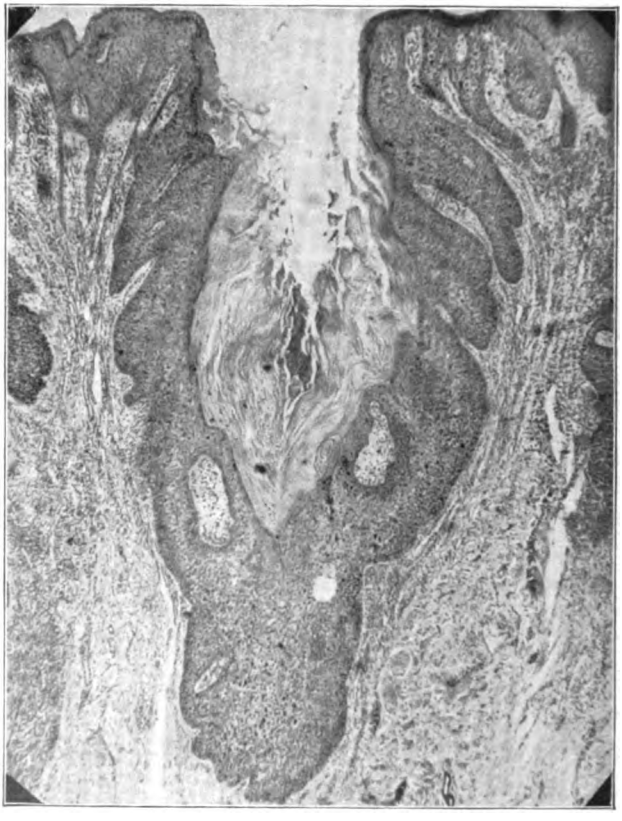


Abb. 2.

barten Zellreihe ist an den Stellen der ausgesprochensten Veränderung nichts mehr zu erblicken. Unter den Zellen nun, aus denen diese Zellkomplexe bestehen, finden sich in wechselnder, im allgemeinen aber recht großer Zahl solche, die durch einen auffallend großen, mit ungewöhnlich großen Kernkörperchen versehenen Kern sich auszeichnen. Diese Kerne sind teils rundlich, teils polygonal, teils spießförmig, teils biskuitförmig, kurzum sehr variabel geformt, färben sich teils schwächer, teils aber auch erheblich intensiver als diejenigen ihrer Umgebung und die Kerne der Epithelien in normalen Epidermisteilen und liegen oft in einer Vakuole.

Digitized by Google

Daneben sehen wir auch drei- bis vier- und mehrkernige, offenbar durch Amitose entstandene sogenannte epitheliale Riesenzellen. Normale und pathologische Mitosen sind in großer Zahl vorhanden. Die Follikelöffnungen sind erweitert und mit Hornlamellen und Detritusmassen angefüllt, in denen stellenweise Leukozyten in wechselnder Menge eingeschlossen sind. Letztere finden sich übrigens in mehr oder minder großer Zahl, wenigstens gelegentlich, auch zwischen den gewucherten Epithelien. Die zu den

Abb. 3. Unterster Abschnitt des in Abb. 2 wiedergegebenen Follikels bei stärkerer Vergrößerung.

Follikeln gehörigen Talgdrüsen sind, zum mindesten an den untersuchten Stellen, völlig oder fast völlig in den wuchernden Epithelmassen aufgegangen, die Follikel selbst in plumpe, mißgestaltige Gebilde umgewandelt, die die normalen Follikel dieser Hautgegend um das doppelte bis dreifache an Größe übertreffen (s. Abb. 2 und 3). Die vorhin erwähnten polymorphen Zellen reichen nun öfters sowohl im Gebiet der Follikel als auch namentlich außerhalb derselben bis nahe an die Oberfläche des Tumors heran oder bilden sogar seine äußere Begrenzung, so daß also hier Stratum granulosum und Hornschicht völlig fehlen. Die Epithel-

Digitized by Google

massen selbst sind in diesen Partien vielfach von sehr zahlreichen Leukozyten durchsetzt.

In näher der Peripherie gelegenen Teilen des tumorartigen Gebildes findet sich ein abweichendes Bild nach mehreren Richtungen hin. Einmal erreicht hier die Akanthose stellenweise ganz exzessive Grade, so daß interpapilläre Epithelzapfen entstanden sind, die 3—4mal so lang sind als die größten in der gesunden Umgebung; es konnten an solchen Zapfen 40, 50 und noch mehr Zellagen übereinander gezählt werden (s. Abb. 4). Ferner ist bemerkenswert, daß hier über weite Strecken kernhaltige und dabei außerordentlich oft zugleich vakuolisierte Zellen bis dicht an die Oberfläche hinaufsteigen und der Abschluß nach außen hin nur durch eine schmale parakeratotische Zone erfolgt. Ein Stratum granulosum und ebenso ein Stratum corneum sind auch an solchen Stellen nicht vorhanden.

Der interessanteste Befund in dieser Schnittserie ist jedoch folgender: Man stößt nämlich hier in einem ganz eng begrenzten Bezirk auf ein

Abb. 4.

eben beginnendes Karzinom, über dem eine wenn auch nicht sehr ausgesprochene polymorphe Dysplasie des Epithels, um mit Bloch zu reden, besteht. Beide hängen kontinuierlich zusammen. Das Karzinom läßt sich über eine große Reihe von Schnitten verfolgen, ist aber sehr schmal entwickelt und zählt an der Stelle seiner größten Ausdehnung nur etwa 12—14 Zellnester und Zellstränge (s. Abb. 4). Es ist an ihm nun bemerkenswert und sehr interessant die Tatsache, daß es im wesentlichen nicht den polymorphzelligen Charakter der sonstigen Epithelwucherungen besitzt, sondern sich als ein solches von im allgemeinen basozellulärem Typus präsentiert, also ein sogenanntes Karzinoma-Krompecher ist.

So viel über die hier am Epithel sich abspielenden Vorgänge. Was das Korium betrifft, so ist es, soweit die oben geschilderten Veränderungen reichen, der Sitz eines mehr oder minder starken Infiltrates, das den Konturen der Epithelzapfen und Wülste wie der Karzinomnester sich anschmiegt. Es besteht im wesentlichen aus Plasmazellen und Lymphozyten, stellenweise auch aus Leukozyten; dazwischen liegen Mastzellen in mäßiger Zahl. An manchen Stellen prävalieren die Lymphozyten und sind bisweilen in Knötchenform derartig gelagert, daß man fast glaubt,

Digitized by Google

Lymphfollikel vor sich zu haben. An ganz wenigen Stellen stößt man auf sogenannte Fremdkörperriesenzellen, die dann gewöhnlich nicht weitab von der peripherstenZellage der Epithelmassen zu finden sind. Vielfach sind Lymph- und Blutgefäße stark erweitert; das sieht man vor allem in den zwischen den Epithelsträngen hinaufziehenden Papillen, die häufig nebenbei ödematös sind und viele polymorphkernige Leukozyten beherbergen. Die elastischen Fasern sind innerhalb der Infiltrate mehr oder minder völlig zugrunde gegangen. In den Randpartien sind sie vielfach fast ganz erhalten, aber nirgends vermehrt.

Das ist in Kürze das, was sich bei der mikroskopischen Untersuchung herausgestellt hat. Ich verkenne keineswegs, daß manches, was zu dem vollständigen Bilde der BOWENschen Krankheit gehört, in unserem Falle fehlt oder nur angedeutet ist. Hyperkeratose besteht überhaupt nicht; sie war aber auch dem äußeren Ansehen der tumorartigen Prominenz gar nicht zu erwarten. Parakeratose ist zwar an sehr vielen Stellen nachweisbar, aber dann doch nur in bescheidenem Ausmaße entwickelt. Die Grains und Corps ronds usw. DARIERS, also seine Dyskeratose in der ursprünglichen Formulierung, habe ich überhaupt nicht finden können. Verhornung von Zellen in tieferen Schichten, also an abnormer Stelle, wird vermißt. Von dem Vorhandensein eines nennenswerten interzellulären Ödems habe ich mich nicht mit Sicherheit überzeugen können. Dagegen fehlt ein von allen Autoren als wichtig hervorgehobenes Merkmal, nämlich die Vakuolisierung zahlreicher Zellen, eine Erscheinung, die man als intrazelluläres Ödem zu bezeichnen pflegt, nicht; sie ist vielmehr an vielen Stellen in sehr ausgesprochener Weise zu konstatieren, spielt sich aber vorwiegend in den oberflächlichen Zellagen ab. Vor allem aber zeigt unser Fall die eigenartige Akanthose, die meines Erachtens das ganze Wesen der BOWENschen Dermatose ausmacht und noch niemals vermißt wurde, in geradezu klassischer Weise, wenn auch nicht überall und nicht durchweg in sehr hohem Grade. Das Durcheinandergeworfene, Regellose des Epithels, die pathologischen Mitosen und die Amitosen, die zahlreichen großen vielgestaltigen Epithelzellen mit den vielfach verklumpten und von einer Vakuole umgebenen Riesenkernen bizarrster Formation, die Mächtigkeit der Epithelwucherung, alles das sind Dinge, die meines Wissens in dieser Ausbildung bei keiner anderen Dermatose bekannt sind.

Differentialdiagnostisch mußten in früheren Fällen, abgesehen von Spätsyphilis, in manchen Fällen auch die Psoriasis, der Lupus erythematosus, die Psorospermosis DARIER und vor allem die PAGETsche Erkrankung in Erwägung gezogen werden. Nichts davon kommt für unseren Fall schon allein dem klinischen Befunde nach in Frage, am allerwenigsten eine extramammäre Paget disease. Letztere Diagnose stellte, um wenigstens ein Beispiel zu zitieren, zunächst klinisch JADASSOHN in dem zweiten JESSNERschen Falle, bei dem an der Dorsalseite des Penis sich zwei beieinander liegende, an der Berührungsstelle ineinander übergehende Effloreszenzen von etwa $1\frac{1}{2}$ cm Durchmesser fanden. Die eine auf dem Präputium hatte eine erodierte, feuerrote, glänzende und nässende Oberfläche, war wenig infiltriert und ragte nur wenig über das Niveau hervor. Die andere, auf dem Penisschaft sitzend, war derb infiltriert, hyper-

Digitized by Google

keratotisch und von graubrauner Farbe. Die genaue histologische Untersuchung führte dann aber JESSNER zu der Diagnose: BOWENsche Krankheit. Zu dieser Diagnose bewogen ihn mehrere Gründe. Einmal war selbst an der erodierten Stelle das interzelluläre Ödem erheblich weniger ausgeprägt, als dies beim Paget der Fall zu sein pflegt. Dann aber zeigte die Epithelverbreiterung und Wucherung einen solchen Grad, wie er beim Paget niemals vorkommt, und vor allem beherrschten das histologische Bild die großen, verklumpt und fragmentiertkernigen Zellen, die beim Paget immer nur vereinzelt zu finden sind. Man kann sich wohl der Gewichtigkeit dieser von JESSNER für die Diagnose „BOWENsche Dermatose" in seinem Falle ins Treffen geführten Gründe nicht verschließen, und ich halte daher die Zweifel, die von mancher Seite, z. B. von DUCREY, hinsichtlich der Zugehörigkeit dieses und übrigens auch des anderen JESSNERschen Falles zu unserer Dermatose ausgesprochen werden, in Übereinstimmung mit BACK nicht für berechtigt.

Nach allem, was ich Ihnen über den eigenen Fall mitgeteilt habe, glaube ich ihn einzig und allein als eine BOWENsche Dermatose in Form eines einzelnen Tumors ohne sonstige Herde deuten zu können. Das Auftreten der BOWENschen Erkrankung in dieser Gestaltung muß als etwas außergewöhnliches bezeichnet werden, ja ich finde überhaupt keinen Fall unter den bisher beschriebenen, der sich mit dem unsrigen ganz deckte, wobei ich allerdings nochmals hervorheben möchte, daß ich, was die einschlägige ausländische Literatur betrifft, im wesentlichen auf das Studium der diesbezüglichen Referate angewiesen war. Es ist ferner auch bemerkenswert, daß hier zum ersten Male das weibliche Genitale der Sitz der Affektion war. Ganz besonderes Interesse aber beansprucht die Tatsache, daß es hier möglich war, neben den polymorphzelligen und Riesenzellen führenden atypischen Epithelwucherungen auch ein in kontinuierlichem Zusammenhang mit ihnen stehendes Karzinom von minimaler Größe im mikroskopischen Bilde zu ermitteln. Das Nebeneinandervorkommen von völlig ausgebildeten Erscheinungen der präkanzerösen BOWENschen Dermatose und eben einsetzender, also nur mikroskopisch zu ermittelnder karzinomatöser Entartung ist meines Wissens bisher nur von GRÜTZ beschrieben. GRÜTZ fand in seinem dritten, oben schon erwähnten Falle, in den Schnitten zwei Stellen, wo „an der Basis von stark verbreiterten und verlängerten Retezapfen das Stratum germinativum durchbrochen und ein wucherndes, nach unten hin sich verbreiterndes Epithelwachstum von infiltrierendem Charakter in die Tiefe des Bindegewebes hinein" nachzuweisen war. Und diese Epithelmassen trugen auch ganz wie in unserem Falle das Gepräge von Karzinomnestern von basozellulärem Typ; es fehlten bemerkenswerterweise also auch in der GRÜTZschen Beobachtung im Bereiche des Karzinoms die vielgestaltigen Zellen, insbesondere die Zellen mit Riesenkernen, die das Charakteristikum der präkanzerösen Epithelwucherung beim BOWEN darstellen. Aber auch derartige Formen des Krebses, ferner spinozelluläre, und gemischt-zellige sind bereits bei der BOWENschen Dermatose publiziert.

Was den Mutterboden, d. h. die Histogenese dleser eigenartigen Krankheit betrifft, so hat schon DARIER die Vermutung ausgesprochen, daß die Dermatose nävogenen Ursprunges sei, und DUCREY JUN. z. B.

Digitized by Google

teilt diese Auffassung. Auch Martinotti hält diesen Gedanken für sehr diskutabel, macht aber zugleich darauf aufmerksam, daß die Koexistenz von Nävi und Bowenscher Dermatose nicht ihren ätiologisch-genetischen Zusammenhang beweise. Ich möchte diesen letzteren Standpunkt ganz zu meinem eigenen machen, vor allem auch im Hinblick auf Grütz, für den die nävogene Entstehung seines wiederholt zitierten dritten Falles außer Zweifel steht. Grütz konnte hier in einem Randbezirk feststellen, daß die durchaus typisch im Sinne der präkanzerösen Bowenschen Struktur veränderte Epidermis mit einem Komplex von Nävuszellen unmittelbar zusammenhing. Pigmentreiche Nävuszellschläuche von der Breite normaler Epidermis setzten sich seitlich unter Verbreiterung der Epidermis in die typische histologische Struktur der Dermatose fort. Auf Grund dieses Befundes ist für Grütz die Entstehung der präkanzerösen Veränderung auf der Basis eines Nävus direkt nachgewiesen. Ich halte diesen Rückschluß für etwas gewagt. Grütz schiebt hier meines Erachtens Übergangsbildern eine allzu große Beweiskraft zu, und es wäre für mich mindestens ebenso gut denkbar, daß es sich um ein zufälliges Nebeneinander und Miteinanderverschmelzen von Nävuszellnestern und Epithelzellformationen der Bowenschen Krankheit handeln könnte. Vor allem aber frage ich, wie man Nävi als Ausgangspunkt der Dermatose ansprechen könnte in den Fällen, in denen Dutzende von einzelnen oder gruppierten Effloreszenzen das Krankheitsbild der Bowenschen Dermatose darstellen, von Nävis weit und breit aber auch nicht ein einziger zu sehen ist und auch niemals vorhanden war. Ich glaube also, daß die Anschauung von der nävogenen Genese der Bowenschen Krankheit auf etwas schwachen Füßen steht. Sicher ist nur das eine, daß es sich bei unserer Dermatose um epitheliale Wucherungen handelt, als deren Matrix das Deckepithel, das Epithel der interpapillären Epithelleisten und, wie das besonders schön in unserem Falle zu erkennen ist, auch das Epithel der Follikel in Betracht kommen kann.

In Dunkel ist die Ätiologie der Erkrankung gehüllt. Immerhin werfen aber doch die Ergebnisse der experimentellen Krebsforschung der letzten Jahre ein gewisses Licht auf die Entstehung dieser Dermatose und der präkanzerösen Dermatosen überhaupt und auf ihre Beziehungen zum Karzinom. Es hat sich nämlich bei den ausgezeichneten Untersuchungen von Deelmann[1]) und Bloch-Dreifuss[2]) über den experimentellen, mittels Teerpinselungen erzeugten Hautkrebs der Mäuse gezeigt, daß bei einer allerdings nur kleinen Gruppe von Tieren Epithelveränderungen sich einstellten, die sich mit der Bowenschen Dermatose in Parallele setzen lassen. Dreifuss beispielsweise beschreibt bei einer Maus ein Epitheliom, das sich vor den anderen bei diesem Tiere entstandenen Veränderungen durch die außerordentliche Polymorphie seiner Zellen und ihrer Kerne und Kernkörperchen sowie die ganz willkürliche Unregelmäßigkeit im Aufbau auszeichnete. Die Polymorphie beruhte vor allem auf der Vielgestaltigkeit der Kerne. Dabei war das Epitheliom scharf abgesetzt. Dreifuss-Bloch scheuen sich nicht, unter die Abbil-

[1]) Deelmann, Zschr. f. Krebsforsch., Bd. 18, S. 261 u. Bd. 19, S. 125; ref. Zbl., Bd. 6, S. 21 u. Bd. 7, S. 318. — [2]) Dreifuss u. Bloch, Arch. f. Derm., Bd. 140, S. 6.

Digitized by Google

dung in ihrer Arbeit, die diesen Tumor wiedergibt, die Worte zu setzen: „Epitheliom vom Typus der Bowenschen Dermatose"; und in der Tat ist die Ähnlichkeit mit den Ihnen geschilderten Befunden bei der Bowenschen Dermatose eine recht große, wie ohne weiteres bei der Betrachtung dieser Abbildung zugegeben werden muß. Aber trotz dessen besteht doch ein fundamenteller Unterschied zwischen dem experimentell beim Tier erzeugten und dem menschlichen Bowen, auf den Grütz, so weit ich sehe, als erster hingewiesen hat. Während nämlich bei der Maus das präkanzeröse Stadium sehr schnell durchlaufen wird, kann es bei der Bowenschen Krankheit des Menschen außerordentlich lange, ja Jahrzehnte hindurch anhalten; es liegt hier, wie Grütz das treffend bezeichnet, gewissermaßen ein „präkanzeröses Vorstadium in Permanenz" vor.

Man könnte nach alledem die Frage aufwerfen, ob jedes Karzinom bei Mensch und Tier ein präkanzeröses Stadium durcheilt, und daran die weitere Frage knüpfen, ob dieses Stadium sich immer unter dem mikroskopischen Bilde der Bowenschen Dermatose abspielt oder auch andere Formen zeigen kann. Diese Fragen aufwerfen, heißt zugleich auch schon sie unentschieden lassen müssen. Ich möchte es daher auch unterlassen, darauf einzugehen. Wie aber auch die Entscheidung darüber in naher oder später Zukunft fallen möge, das ist gewiß, daß das Studium der sogenannten präkanzerösen Affektionen ganz allgemein für die Genese und die Ätiologie des Karzinoms von großer Bedeutung ist, und daß daher diese Dermatosen der größten Beachtung seitens der Dermatologen wert erscheinen.

Nachtrag: Nach Fertigstellung dieser Arbeit erschien im Arch. f. Derm., Bd. 148, S. 441ff. ein Aufsatz von Jamamoto, in dem über zwei neue Fälle von Bowenscher Krankheit der Jadassohnschen Klinik Bericht erstattet wird.

Literatur.

Bowen, The Journ. of Cutan. Dis. Includ. Syphil., Mai 1912, ref. Derm. W., 1912, Bd. 55, S. 1131. — Darier, Ann. de Derm. et de Syph., August-September 1914, ref. Derm. W., 1915, Bd. 61, S. 868. — Bowen, Journ. of cutan. dis., Dezember 1915, ref. Derm. W., Bd. 68, S. 315. — Heimann, 1916, s. bei Back und bei Jamamoto. — Rasch, Dänische Dermat. Gesellsch., Sitz. Dez. 1916, ref. Derm. Zschr., Bd. 30, S. 303. — Morrow und Lee, 1918, s. bei Back und bei Jamamoto. — Boas, Dänische Dermat. Gesellsch., Sitz. März 1919, ref. Derm. Zschr., Bd. 31, S. 46. — Korsbjerg, Hospitalstidende 1919, Bd. 62, s. bei Back und Jamamoto. — Bowen, Arch. of Derm. and Syph., 1920, Bd. 38, H. 1, ref. Derm. W., 1920, Bd. 71, S. 452. — Darier, Ann. de Derm. et de Syph., 1920, Bd. 1, Nr. 1, ref. Derm. W., 1920, Bd. 71, S. 475. — Hissink, 62. Generalvers. d. niederl. Dermatologenver. Amsterdam, Oktober 1921, ref. Zbl., 1922, Bd. 5, S. 31. — Hoop, Nederlandsch tijdschr. v. geneesk, 1921, Jg. 65, 2. Hälfte, Nr. 11, ref. Zbl., 1922, Bd. 3, S. 168. — Jessner, Arch. f. Derm., 1921, Bd. 134, S. 361. — Mount, Arch. of derm. and syph., 1921, Bd. 4, Nr. 6, ref. Zbl., 1922, Bd. 4, S. 352. — Sequeira-Turnbull, The Brit. Journ. of Derm. and Syph., 1921, Bd. 33, Nr. 5 u. 6, ref. Derm. W., 1921, Bd. 73, S. 833 u. 1108 u. Zbl., 1922, Bd. 5, S. 377. — Covisa u. Pineda, Actas dermo-sifiliograficas, 1922, Jg. 14, Nr. 4 (Ergänzungsh.), ref. Zbl., 1923, Bd. 7, S. 493. — Little, Proc. of the Roy. Soc. of Med., 1922, Bd. 15, Nr. 9, ref. Zbl., 1923, Bd. 7, S. 38. — Martinotti, Giorn. ital. delle mal. vener., 1922, Bd. 63, H. 2, ref. Zbl., 1922, Bd. 5, S. 477. — Pautrier, Bull. de la soc. franç. de derm., Jg. 1922, Nr. 6, ref. Zbl., 1923, Bd. 7, S. 268. — Rabello, Brasil. med., 1922, Bd. 1, Nr. 19, S. 249; Jahresber. über Haut- u. Geschlechtskrkh., 1922, Bd. 2, S. 179. — Broers, Nederl. tijdschr. v. geneesk., 1923, Jg. 67, 1. Hälfte, Nr. 25, ref. Zbl., 1924, Bd. 9, S. 459. — Danel, Ann. de Derm. et de Syph., 1923, Bd. 4, Nr. 8/9, ref. Zbl., 1924,

Digitized by Google

Bd. 11, S. 430. — DUCREY, La dermatosi praecancerosa del BOWEN. Studio clinico et istopatologico. Roma, Tipografia de cartiere centrali. 1923, ref. Derm. W., 1923, Bd. 77, S. 1366 u. Zbl., 1924, Bd. 10, S. 268. — FERRAND u. RABEAU, Bull. de la soc. franç. de derm., 1923, Nr. 7, ref. Derm. W., 1924, Bd. 79, S. 821. — RINALDI, Arch. ital. di chirurg., 1923, Bd. 8, H. 1, ref. Zbl., 1924, Bd. 11, S. 132. — SAVATARD, Brit. J. of Derm., 1923, Bd. 35, Nr. 11, ref. Zbl., 1924, Bd. 11, S. 431. — BACK, Derm. Zschr., 1924, Bd. 42, S. 266. — GRÜTZ, Derm. W., 1924, Bd. 79, S. 1193 u. 1227. — JAMAMOTO, Arch. f. Derm., 1924, Bd. 148, S. 441. — LANGER, Derm. W., 1924, Bd. 78, S. 417. — LOUSTE, THIBAUT et BARBIER, Bull. de la soc. franç. de derm., 1924, Jg. 31, Nr. 1, ref. Zbl., 1924, Bd. 13, S. 164. — MACCORMAC, Proc. of the Roy. Soc. Med., 1924, Bd. 17, Nr. 9 u. Sect. of derm., ref. Zbl., 1924, Bd. 14, S. 341. — MARTINOTTI, Giorn. ital. delle mal. vener., 1924, Bd. 65, H. 2, ref. Zbl., 1924, Bd. 13, S. 455 (s. auch Zbl., Bd. 5, S. 477).

Aus dem Laboratorium der pathologischen Physiologie des staatlichen medizinischen Instituts zu Odessa (Vorstand: Prof. Dr. B. A. SCHAZILLO).

Zur Frage über die Einwirkung von Wismut auf die morphologische Zusammensetzung des Blutes.

Von

Dr. A. D. BERNSTEIN.

Mit der Frage der Einwirkung der Bi-Präparate auf das Blut im syphilitischen Organismus haben sich ROSNER und BETZ [1]) beschäftigt.

Nach den Angaben von BETZ [1]) ruft das Wismutpräparat „Nadisan" (Kalle) bei Einspritzung in den Organismus von Syphilitikern eine Reihe von Veränderungen im Blute hervor. Besonders verändert sich die Leukozytarformel; bei Beginn der Injektionen vermehrt sich die Zahl der Neutro- und Eosinophilen, am Schluß die der Lymphozyten, während die Anzahl der ersteren abnimmt. Die roten Blutkörperchen zeigen in den ersten Tagen eine Zahlverminderung und eine gewisse Anisozytose; später erfolgt wieder eine Vermehrung der Erythrozyten. BETZ meint, die Leukozytose sei ein Resultat der toxischen Wirkung des Wismuts, die Lymphozytose hänge mit der „allergischen Heilwirkung" zusammen.

Vom allgemeinbiologischen Standpunkt aus ist es für die Lösung der Frage über den Mechanismus der Wismuteinwirkung von großem Interesse, den Einfluß desselben auf die normalen Zellen und Gewebe des Organismus zu untersuchen. In der Literatur finden sich hierüber sich widersprechende Angaben.

E. FRÄNKEL [2]) hat bei Wismuteinspritzungen bei Meerschweinchen und Kaninchen keine Veränderungen im Blute beobachtet, H. MÜLLER [3]) vermerkt aber solche von seiten der Erythro- und Leukopoese.

Von großem Werte ist die Feststellung der Wirkung der verschiedenen Bi-Dosen auf die Zusammensetzung des Blutes bei Tieren. Wir untersuchten die Einwirkung von Wismut auf den normalen Organismus

---

[1]) M. m. W., 1923, Nr. 28. — [2]) M. Kl., 1923, Nr. 46. — [3]) M. m. W., 1923, Nr. 20.

Digitized by Google

Kaninchen Nr. 3.

Zeitangabe 1924	Temperatur	Gewicht	Hämoglobin Sahli	Das Blut zeigt folgendes Bild:							Pro 100 g Gewicht des Tieres	
				Blutkörperchen		Große Lymphozyten	Kleine Lymphozyten	Übergangsform	Neutrophile u. Eosinophile	Mastzellen	Menge Bismocoral in ccm	Menge Bi in mg
				rot	weiß							
9. 2.	38,3	2270	65	5300000	9100	1	70	2	26	1	—	—
11. 2.	38,5	2275	65	5400000	8800	2	71	2	24	1	—	—
14. 2.	38,4	2270	66	5260000	9000	1	71	1	25	2	—	—
17. 2.	38,5	2280	64	5000000	8900	2	67	2	27	2	—	—
19. 2.	38,3	2295	65	5200000	9250	1	71	2	25	1	—	—
21. 2.	38,6	—	—	—	—	—	—	—	—	—	0,0017	—
23. 2.	38.5	2290	65	5000000	9000	2	69	2	24	3	—	—
25. 2.	38,5	—	—	—	—	—	—	—	—	—	0,0026	—
26. 2.	38,4	2275	64	4700000	9300	2	66	2	29	1	—	—
27. 2.	38,4	—	—	—	—	—	—	—	—	—	0,0030	—
28. 2.	38,4	2300	65	5250000	9500	2	62	1	33	2	—	—
1. 3.	38.5	—	—	—	—	—	—	—	—	—	0,0040	—
2. 3.	38,3	2325	66	5800000	10200	3	58	2	36	1	—	—
3. 3.	38,4	—	—	—	—	—	—	—	—	—	0,0056	—
4. 3.	38,5	2340	67	6200000	10450	2	57	2	38	1	—	—
5. 3.	38,5	—	—	—	—	—	—	—	—	—	0,0070	—
7. 3.	38,4	2355	67	7000000	10900	2	54	1	40	2	0,0085	—
9. 3.	38,3	—	—	—	—	—	—	—	—	—	0,010	—
10. 3.	38,4	2360	66	6800000	11100	2	53	2	39	3	—	—
12. 3.	38,4	—	—	—	—	—	—	—	—	—	0,0115	—
13. 3.	38,5	2380	67	6650000	10300	1	54	1	41	1	—	—
15. 3.	38,4	2405	66	7000000	10100	3	54	2	38	3	—	—
17. 3.	—	2435	65	6550000	10000	2	56	1	37	2	—	4,05

an Hand der Veränderungen des Blutbildes, des Gewichts, der Temperatur und des Allgemeinzustandes. Die Versuche wurden mit dem deutschen Präparat „Bismocoral" (Resistan-A.-G., Berlin) ausgeführt.

„Bismocoral" ist eine Suspension von Oxywismuttartramid $C_4O_7KBiH_4N$ in von Fettsäuren freiem Olivenöl; es enthält 0,080 Metall in 1 ccm.

Als Versuchstiere dienten uns gutgenährte Kaninchen einer Rasse, die ein bleibendes Gewicht hatten. Das Blut wurde aus oberflächlichen Blutadern an den Ohren entnommen, auf den Gehalt von Hämoglobin nach Sahli und auf den von roten und weißen Blutkörperchen geprüft, ebenfalls wurde die Leukozytarformel des nach Pappenheim gefärbten Blutes untersucht. Die Neutro- und Eosinophilen wurden gemeinsam zusammengezählt und sind in einer Spalte angeführt. Vor der Blutentnahme wurde jedesmal die Temperatur und das Gewicht des Tieres bestimmt. Injektion und Blutentnahme erfolgten an verschiedenen Tagen. Bei einzelnen Experimenten wurde die einzuspritzende Dose des Bi-Präparats mit sterilem Olivenöl vermischt. Das Kontrollkaninchen wurde 2 Monate lang beobachtet, das Blut für Untersuchungen wurde alle 7—10 Tage entnommen. Alle Tiere erhielten das gleiche Futter: Gerste, Beete und Heu.

Digitized by Google

Kaninchen Nr. 4.

Zeitangabe	Temperatur	Gewicht	Hämoglobin Sahli	Das Blut zeigt folgendes Bild:							Pro 100 g Gewicht des Tieres	
				Blutkörperchen		Große Lymphozyten	Kleine Lymphozyten	Übergangsform	Neutrophile u. Eosinophile	Mastzellen	Menge Bismocoral in ccm	Menge Bi in mg
				rot	weiß							
11. 2.	38,8	2360	64	7300000	8200	2	69	1	27	1	—	—
15. 2.	38,7	2370	65	7550000	7900	1	71	1	26	1	—	—
19. 2.	38,7	2375	63	7200000	8125	2	70	2	25	1	—	—
21. 2.	38,6	2370	64	7300000	8000	1	71	2	24	2	—	—
22. 2.	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	0,0013	—
24. 2.	38,9	2355	62	7100000	8400	2	71	1	24	2	—	—
25. 2.	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	0,0027	—
27. 2.	38,8	2370	63	7200000	8500	1	67	2	29	1	0,0031	—
1. 3.	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	0,0040	—
2. 3.	38,7	2395	65	7750000	8750	1	58	2	35	2	—	—
3. 3.	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	0,0056	—
4. 3.	38,6	2425	67	8300000	9300	2	60	1	36	1	—	—
5. 3.	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	0,0067	—
7. 3.	38,6	2440	67	8450000	9700	2	58	1	37	2	0,0080	—
9. 3.	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	0,0096	—
10. 3.	38,7	2460	66	8200000	10250	1	57	2	39	1	—	—
12. 3.	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	0,0110	—
15. 3.	38,6	2475	67	8300000	9800	1	59	2	37	1	—	—
18. 3.	38,6	2490	65	8000000	9600	2	60	3	33	2	—	3,9

Dem Versuchskaninchen Nr. 2 (Männchen) wurden während der ganzen Versuchsdauer 0,385 Bismocoral intraglutäal injiziert. Der Versuch dauerte 43 Tage. Im ganzen erfolgten 9 Injektionen in 2—3tägigen Pausen. Das Tier erhielt 1,8 mg Metallwismut pro 100 g Gewicht. Die Hämoglobinmenge beginnt am 11. Tage nach der Injektion etwas zuzunehmen, erreicht zum 17. Tage ihr Maximum und kehrt gegen Ende des Versuchs einigermaßen zur Norm zurück. Die roten und weißen Blutkörperchen lassen eine deutliche Vermehrungstendenz erkennen. Die maximale Zahl für die Erythrozyten fällt auf den 2. Tag, für die Leukozyten auf den 17., dabei verändert sich die Anzahl der Leukozyten bedeutend mehr als die der Erythrozyten. Der Prozentgehalt der Neutro- und Eosinophilen beginnt schon vom 5. Tage an rasch zu wachsen, erreicht das Maximum am 11. Tage (steigt um 52 %) und fällt etwas gegen das Ende des Versuchs.

Ungeachtet der Prozentabnahme der kleinen Lymphozyten vermindert sich ihre gesamte Anzahl nicht, sondern steigt sogar vor der 2. Hälfte des Injektionsturnus an. Der Prozentgehalt der großen Lymphozyten, der Übergangskörper und der Mastzellen erleidet keine Veränderung, ihre Gesamtzahl steigt. Das Tierchen nahm während der Versuchsdauer 110 g an Gewicht zu.

Die Kaninchen Nr. 3 und Nr. 4 wurden gleichzeitig einem einen Monat dauernden Versuche unterworfen. Während dieser Frist erfolgten

Digitized by Google

je 9 Injektionen Bismocoral von 1,155 ccm mit 92,4 mg Metallwismut. Berechnet auf 100 g Gewicht erhielt das Kaninchen Nr. 3 4,05 mg reinen Metalls, das Kaninchen Nr. 4 3,9 mg Bi.

Tabelle 3 zeigt ein unbedeutendes Anwachsen der Anzahl von Hämoglobin, Erythrozyten, ein bedeutenderes Vermehren der Leukozyten, das am 5. Tage nach der Injektion beginnt und sein Maximum am 17. Tage erreicht. Die Zahl der Neutro- und Eosinophilen erreicht einen Prozentgehalt von 64%. Das läßt sich schon nach der 1. Wismutinjektion wahrnehmen. Die Gesamtanzahl der Lymphozyten vermindert sich anfänglich etwas, beginnt aber während der weiteren Dauer des Versuches anzuwachsen. Die anderen Formelemente zeichnen sich durch keine bedeutenden Schwankungen aus. Das Kaninchen nahm während des Versuches 155 g an Gewicht zu.

Tabelle 4 zeigt analoge Verhältnisse wie die vorher angeführte Tabelle. Schwache Tendenz zu Hämoglobinvermehrung, einiges Anwachsen der Erythro- und Leukopoese und Steigen des Prozentgehalts von Neutro- und Eosinophilen (62,5%). Das Tier nahm während des Versuches 120 g an Gewicht zu.

Zusammenfassung.

Bei unseren Versuchstieren konnten wir durch Wismutinjektionen eine Vermehrung der neutro- und eosinophilen Leukozyten wie auch fast aller anderen Formelemente des Blutes feststellen. Die Veränderungen sind von der Menge des inijzierten Wismuts abhängig.

Referatenteil

redigiert von Dr. Marie Unna, Hamburg-Bergedorf.

Mitteilungen aus der Literatur.

Pharmakologie und allgemeine Therapie.

Resorption dampfförmiger Medikamente durch die Nasen-Rachenschleimhaut, von J. Planelles, Pharm. Univ.-Inst. München. (Arch. f. exper. Path. u. Pharm., 1924. Bd. 194, H. 3/4, S. 272). Um die Resorptionsfähigkeit des Nasen-Rachenraumes für dampfförmige Medikamente (Nikotin beim Tabakrauchen) zu prüfen, wurden Versuche mit imprägniertem Tabak in Zigarettenform angestellt, und die zur Imprägnierung benutzten Substanzen nachher im Harn chemisch nachzuweisen versucht. Die vier angewendeten Mittel, Antipyrin, Veronal, Salizylsäure und Azetylsalizylsäure konnten alle im Urin nachgewiesen werden; beim Antipyrin zeigte sich sogar Kristallisation. Quantitativ fand man beim Veronal $^1/_5$ der gebrauchten Dosis im Urin wieder. Ein Vergleich mit der Zufuhr per os der gleichen Dosis ergab, daß das verwendete Antipyrin innerlich gegeben bedeutend später im Urin nachweisbar war. F. M. Peter-Hamburg.

Über perkutane, unspezifische Reizbehandlung, von Giesemann-Eisenach. (M. m. M., 1924. Nr. 43, S. 1505.) Empfehlung eines Emulsionsgemisches Dermatropin, welches Kasein, ätherische Öle und Bakterieneiweißstoffe enthält. Keine schweren Allgemeinreaktionen. Nur bei Tuberkulösen und Syphilitikern sowie bei grober Überdosierung Fieber. Dosierung entsprechend der festgestellten Herdreaktion. Einreibung bis zu völliger Trockenheit. Gute Erfolge außer bei Schwächezuständen aller Art, bei Furunkel kräftige Einreibung von 3—4 Tropfen im Umkreis und Betupfen des Furunkels selbst. A. v. Notthafft-München.

Digitized by Google

Intradermale Heteroproteintherapie bei Haut- und Geschlechtskrankheiten (Eteroproteinoterapia per via intradermale nelle malattie cutanee e veneree), von Carlo Couvert-Turin. (Riforma med., 1925, Nr. 3.) Verf. hat, um die Einwirkung von intradermalen Injektionen von Proteinpräparaten auf die Haut- und Geschlechtskrankheiten zu studieren, in der Abteilung von Fontana 86 Haut- und Geschlechtskranke mit Lac, Kaseum, Caseal Calcico, Gala und Aolan behandelt. Er fand zunächst, daß alle diese Präparate so ziemlich gleiche Wirkung entfalten. Technik: Es wurden alle 1—2 Tage intradermal jedesmal 3—4 Injektionen von $^1/_3$ ccm gemacht, im ganzen 5—10 Serien. Von allgemeinen Reaktionen wurden beobachtet: Zeichen von Hämoklasie, Verminderung der Anzahl der Pulsschläge, Leukozytose, Eosinophilie und Lymphozytose. Zur Behandlung gelangten: Bubo, Epididymitis und Periurethritis gon. Resultate: bei Bubo gute, aber nicht sicher auf die Injektion zurückzuführende, bei 2 Fällen von Epididymitis sicher gute Einwirkung, bei den ekzematösen Formen Resultate negativ und höchstens die lokale Therapie unterstützend. Unzweifelhaft waren die guten Resultate bei den Formen von Pyodermitiden. Verf. zieht die Behandlung der letzteren mit intrakutanen Injektionen im allgemeinen den intramuskulären wegen der Einfachheit und Reaktionslosigkeit vor.
E. Freund-Triest.

Autoserum- und Autohämotherapie in der Dermatologie (Autosiero et autoemoterapia in dermatologia), von Piero Castellino-Neapel. (Riforma med., 1925, Nr. 5.) Verf. hat in der Klinik Stanziale (Neapel) 22 Fälle von Hautkranken teils mit Eigenserum, teils mit Eigenblut behandelt. Technik: die übliche bei Eigenblut; das Eigenserum wurde zunächst im Eiskasten aufbewahrt, dann zentrifugiert und jeden 2. Tag teils intramuskulär, teils subkutan nach halbstündiger Sterilisation bis zu 65° injiziert. Zahl der Injektionen 8—12. Resultate: Von 14 Fällen von Ekzem versagten nur 3. Ein Fall von Ichthyosis wurde bedeutend gebessert, ebenso einer von Pemphigus, jedoch erst durch Eigenserum. Geringe Erfolge bei Prurigo, gar keine bei Lepra. Zwei Tatsachen schloß Verf. aus seinen Versuchen: 1. langsamer Eintritt der Besserung, 2. deutliche Lymphozytose, welche am Schlusse der Behandlung zur Norm zurückkehrte. Die guten Erfolge bei Ekzem, Prurigo und Urtikaria führt Verf. auf das Faktum zurück, daß diese Krankheiten mit einer Läsion des Lymphsystems verbunden sind. Schließlich weist Verf. darauf hin, daß man die besseren Resultate mit Eigenserum erhält. Nie wurden üble Zufälle beobachtet.
E. Freund-Triest.

Von der Behandlung mit Eigenblut, von B. Tenckhoff-Münster i. W. (D. m. W., 1924, Nr. 50, S. 1748) Verf. befaßt sich zuerst mit der Theorie der Wirkung des Eigenblutes auf den Körper. Er unterstellt, daß der Sympathikus der Urnerv aller Lebewesen sei, den Körperhaushalt reguliere, alle humoralen und zellulären Veränderungen bewirke, kurzum der eigentliche Träger der „vis medicatrix naturae" sei. Das Eigenblut vermag nun in viel größerem Maße als die spezifischen und unspezifischen Mittel durch Reizung des Sympathikus zur Krankheitsbekämpfung beizutragen. Das Eigenblut enthält 1. Antigene, 2. Antikörper, 3. unspezifische Anteile, vornehmlich Eiweißstoffe. Es vermag daher den Körper aktiv und passiv zu immunisieren, das vegetative System und den Sympathikus zu reizen. Wichtig ist die Dosierung und Abstufungsmöglichkeit der Reize. Dafür stehen uns die verschiedenen Anwendungsformen des Eigenblutes zur Verfügung. Den stärksten Reiz übt frisch geschütteltes und frisch defibriniertes Blut aus. Ähnliche Wirkung besitzt hämolysiertes Blut. Eine mildere Form des Eigenblutes stellt das frisch defibrinierte, gerührte Blut dar. (Das Blut wird solange mit einem Quirl oder Holzstab gerührt, bis sich aller Faserstoff daran niedergeschlagen hat.) Noch geringer ist die Wirkung mit altem, defibriniertem Blut, da in ihm die Sympathikusgifte fehlen. Weit milder wirkt Eigenserum von unverändertem oder defibriniertem Blut. Das Indikationsgebiet der Eigenblutbehandlung umfaßt alle entzündlichen und bakteriellen Krankheiten. Den Dermatologen dürften die Erfolge des Verf. bei Lues, Blennorrhoe und deren Komplikationen, ferner bei Lupus, Ekzem, Trichophytie, Ulcus molle gangraenosum, Urtikaria und als Provokationsmittel bei Blennorrhoe interessieren.
F. Harry-Wiesbaden.

Zur Kombination von Vakzine-Chemotherapie, von G. D. Belonovsky-Leningrad. (D. m. W., 1924, Nr. 48, S. 1646). Verf. hat festgestellt, daß Herdreaktionen durch Vakzination dadurch bedingt sind, daß ein Teil der injizierten Vakzine in die durch den Infektionsstoff sensibilisierte Stelle eindringt. Wurden die für die Herstellung der Vakzine verwendeten Bakterien ferriert, d. h. mit Eisen beladen und subkutan injiziert, so ließ sich der chemische Stoff am sensibilisierten Orte nachweisen. Auf diese Weise gelingt es, chemische Agentien einem Krankheitsherd zuzuführen. Die genannten Er-

Digitized by Google

scheinungen treten nur dann auf, wenn nicht zu hohe Dosen Vakzine (nicht mehr als 200 Mill. Keime) verwendet werden und die Vakzine aus nicht virulenten Stämmen bereitet wird. F. Harry-Wiesbaden.

Tutokain als Oberflächenanästhetikum, von C. Hirsch-Stuttgart. (D. m. W., 1924, Nr. 45, S. 1540.) Verf. empfiehlt das Tutokain in $^1/_8$—$^1/_4$%iger Lösung zur Infiltrationsanästhesie und zur Oberflächenanästhesie eine 5%ige Tutokain-Suprareninmischung in $^1/_2$%iger Karbollösung. F. Harry-Wiesbaden.

Über einen Todesfall nach Anästhesie der Harnröhre mit Tutokain, von O. A. Schwarz, Urol. Abt. Chir. Univ.-Kl. Berlin. (M. m. W., 1924, Nr. 43, S. 1501.) Klinisches Bild einer Kokainvergiftung. Tod 40 Minuten nach der Injektion. Es bestand Organminderwertigkeit (Status lymphaticus und Thymus persistens). A. v. Notthafft-München.

Xerosinpräparate bei der Hautbehandlung von Säuglingen, von K. Pilz-Breslau. (Kl. W., 1925, Nr. 2, S. 94.) Verf. hat eine größere Anzahl von kindlichen und Säuglings-Dermatosen mit den neuen Xerosinpräparaten behandelt und damit sehr gute Erfolge erzielen können, insbesondere sind die Krankheitserscheinungen angeblich schneller abgeheilt als nach der üblichen Therapie. Demgegenüber fällt der geringe Nachteil, daß die Präparate etwas teurer sind als die üblichen verordneten Schüttelmixturen nicht ins Gewicht. Die Xerosinpräparate setzen sich zusammen aus Ichthyol, Acid. borac., Zinc. oxyd., Talkum und Gelanthum und haben einen Zusatz entweder von 1% Pellidol oder Schwefel und Zinnober; dementsprechend bestehen sie aus den auch in den Trockenpinselungen wirksamen Substanzen. E. Langer-Berlin.

Zur Krysolganbehandlung, von Leven-Elberfeld. (Kl. W., 1924, Nr. 51, S. 2344.) Verf. schildert einen schweren unangenehmen Zwischenfall bei der Behandlung eines sonst gesunden jungen Menschen, dem wegen eines nicht sehr ausgedehnten skrofulösen Gesichtsekzems, das weder auf Salben noch auf Röntgenbestrahlung reagieren wollte, Krysolgan verabfolgt wurde. Nach dem guten Vertragen einer Dosis von 1 mg wurde diese Dosis nach 14tägiger Pause wiederholt. Hierbei traten kurz nach der Injektion zerebrale schwere Symptome in Form von Beklemmung, Erbrechen, Übelkeit und schließlich Bewußlosigkeit auf. Dazu kam eine erhebliche Krampfneigung, so daß schon auf leises Anfassen Pat. mit heftigen Krämpfen reagierte. Erst nach einem Ablauf von Stunden war der Anfall vorüber. Es scheint hier zum ersten Male das Vorkommen von zerebralen Nebenerscheinungen bei der Krysolgantherapie beobachtet zu sein. Verf. nimmt an, daß die erste gut vertragene Spritze sensibilisierend gewirkt habe. Wahrscheinlich muß eine noch niedrigere Dosis als Ausgangsdosis gewählt werden, am besten nach den Angaben Feldts $^1/_{10}$ mg, wie es jetzt für die Behandlung des Lupus erythematodes üblich ist. Dabei darf die zweite Injektion wegen der Sensibilisierungsgefahr nicht höher als die erste sein. E. Langer-Berlin.

Die Preglsche Jodlösung. Resultate experimenteller Untersuchungen, von A. Ritter u. A. Fröhlich, Chir. Univ.-Kl. Zürich. (Arch. f. kl. Chir., 1924, Bd. 132, H. 3, S. 381.) Verf. kommen zu der Ansicht, daß die Pregl-Lösung außerstande ist, einen starken therapeutischen Einfluß auf die Wundbehandlung zu gewinnen, da sie Tiere nicht vor der Infektion oder dem Tode bewahren konnte. In der Literatur werden jedoch solche Erfolge am Krankenbette beschrieben. Nach Feststellung, daß die Jodsodalösung Dietrich Herrman dieselben Eigenschaften wie die Pregl-Lösung hat, kommen Verff. zu dem Schluß, daß der Vorteil darin besteht, daß fortgesetzt sehr große Mengen ohne Schädigung gegeben werden können, da die Lösung nur sehr geringe histotrope und bakterizide Wirkung besitzt. Das wirksame Jod wird isotonisch in den Körper gebracht und kann daher als indifferent bezeichnet werden. Die Wirkung ist aber ebenso indifferent, denn in Gegenwart von Körpersäften verliert die Pregl-Lösung ihre antimykotische Wirkung. Die Versuchsergebnisse stehen mithin mit den veröffentlichten klinischen Ergebnissen in Widerspruch. Auf jeden Fall ist die Lösung in schweren Fällen nicht zu verwerten, da hier von ihr sicher nichts zu erwarten ist. Dieses wird auch von einem Teil der Autoren bestätigt. A. Rosenburg-Mannheim.

Pharmakologische Untersuchung des Jodpräparates Kainon (Wanderer), von G. Fritz u. A. Simon-Budapest. (Orv. Hetilap, 1924, Nr. 42.) Das Präparat wird in 10- und 4%iger Lösung in den Handel gebracht. Freies Jod enthält es in kleiner Menge, welches nach der Entfernung durch einen Katalysator frisch gebildet wird. Das Präparat ist stark lipotrop. In größeren Dosen durch längere Zeit angewendet, verursacht es Abmagerung der Versuchstiere, ohne Jodismus hervorzurufen. Die 10%ige

Digitized by Google

Lösung enthält 9,443‰ abgespaltenes Jod als Jodid. Vom Organismus wird das Jod bedeutend langsamer ausgeschieden wie beim Jodkali. Von Öl läßt sich mit Wasser nur ein Bruchteil des Jod ausschütteln, denn es haftet fest. Therapeutisch läßt sich diese Eigenschaft verwerten. M. Porosz-Budapest.

Die Sulfosalizylsäure in der Dermatotherapie, von T. Liebermann-Budapest. (Orv. Hetilap, 1924, Nr. 47.) Verf. hat Versuche mit Bakterien und mit lebenden Gewebsstücken ausgeführt und überzeugte sich von der guten Wirkung der Sulfosalizylsäure. Als Desinfiziens und Ätzmittel ist das Mittel fast unübertrefflich. In 2%iger Lösung dient es als Gurgelwasser. In 30%iger Lösung benutzt er es gegen Aphthen und Mundgeschwüre. Die Wirkung ist sehr intensiv und die verursachten Schmerzen dauern nicht länger als eine halbe Minute. Als 2%ige Lösung benutzt dient es zur Reinigung der Nasennebenhöhlen bei Otitis media purulenta. Gegen Ekzeme, Furunkulose gebraucht in 3%igen Salben (Lanolin), auch in Lösungen gegen nasale und Ohrekzeme erreichte der Verf. damit vorzügliche Erfolge. M. Porosz-Budapest.

Über „Madimol" (Hexamethylentetraminstearinat), von Z. Dalmady-Budapest. (Gyógyàszat, Nr. 50; Vortrag, geh. in d. Kön. Ärzteverein.) Das Präparat ist in Wasser unlöslich, jedoch mit 2—4 Teilen kann es zu einer homogenen, schneeweißen Creme verarbeitet werden. Diese Creme reizt weder die gesunde noch die kranke Haut und scheidet langsam Formaldehyd ab. Wirkt als Antiseptikum und als Trockenmittel. Gegen Hyperidrose und Dermatitis wurde es mit Erfolg gebraucht und kann als Salbengrundlage für verschiedene Chemikalien in der Dermatologie von Nutzen sein. Hergestellt wird es von der Chemia-Fabrik in Budapest. M. Porosz-Budapest.

Die Behandlung der Hautkrankheiten mit Mineralwässern (Du traitement hydrominéral des maladies de la peau), von Paul Blum. (Progr. méd., 1924, Nr. 50, S. 759—761.) Übersicht über die verschiedenen französischen Quellen; für die wirkliche Krankheitseinheiten (nicht nur Hautreaktionen) darstellenden Dermatosen, das heißt die parasitären (mikrobiellen) Erkrankungen, kommen besonders die Schwefelwässer in Betracht. E. Levin-Berlin.

Zur Klinik der Yohimbinvergiftung, von W. B. Meyer-Berlin-Westend. (D. m. W., 1924, Nr. 44, S. 1513.) Pat., Chemiker von Beruf, nahm mittags irrtümlicherweise statt Aspirin Yohimbin (1,8 g). 5 Min. darauf beobachtete er Herzklopfen und Schweißausbruch. Bald danach setzte Schwindelgefühl ein, das in tiefes Koma überging. Bei seiner Einlieferung ins Krankenhaus bestand neben Koma noch hochgradige Zyanose des Gesichts und der Extremitäten. Die Atmung war oberflächlich, die Herzaktion regelmäßig und kräftig, über der Aorta lautes systolisches Geräusch. Blutdruck 90—100 mm Hg. Abduzenslähmung rechts, Pupillen eng und lichtstarr. Kornealreflexe fehlten, ebenso Patellar- und Achillessehnenreflexe. Es besteht deutlicher Priapismus. 1 Stunde später entwickelte sich ein Lungenödem. Auf Aderlaß Besserung. 2½ Stunden darauf reagiert Pat. wieder auf Anruf, erkennt die Umgebung. Er versteht nur, wenn langsam gesprochen wird. Reflexe sind wieder auslösbar, keine Zyanose mehr vorhanden, ebenfalls keine Augenstörungen. Am Abend trat wieder völliges Wohlbefinden ein. Die Yohimbinvergiftung unterscheidet sich von anderen mit Koma einhergehenden Intoxikationen durch die Zyanose bei zunächst ungestörter Herzaktion und den Priapismus. F. Harry-Wiesbaden.

Schwere Nierenschädigung und Urämie nach Anwendung von „Chloramin Heyden", von W. Goldstein, Inn. Abt. Städt. Krkhs. Berlin-Lichtenberg. (D. m. W., 1925, Nr. 4, S. 153.) Der Pat. litt an Unterschenkelgeschwüren, die jeglicher Therapie trotzten. Nach 4tägiger Behandlung mit 0,05%igen Chloraminumschlägen heilten die Ulzera prompt ab. Gleichzeitig trat am 4. Tage Erbrechen, Übelkeit, Schwellung der Hände, des Gesichts und des Leibes, geringe Harnabsonderung auf. Der Zustand verschlechterte sich zusehends. Es traten schließlich Bewußtlosigkeit und Krämpfe hinzu. Therapie: Aderlaß 600 ccm, 0,24 Euphyllin intravenös, Traubenzuckertropfklysma, Chloralhydrat. Allmähliche Besserung. An der mit Jodtinktur betupften Venäsektionstelle bildete sich eine handtellergroße, nässende Joddermatitis. Bei einer später vorgenommenen Nachuntersuchung bestand keine Halogenempfindlichkeit mehr. Das rasche Abheilen der Ulzera wird nach Ansicht des Verf. neben einer temporären Halogenüberempfindlichkeit als Grund für das Auftreten der Intoxikation anzuschuldigen sein.

F. Harry-Wiesbaden.

Digitized by Google

Arznei- und gewerbliche Schädigungen. Dermatitis artificialis.

Über Berufsdermatosen mit spezieller Berücksichtigung des Berufsekzems, von Br. Bloch, Derm. Kl. Zürich. (Schweiz. med. W., 1925, Nr. 5, S. 89—93.) In der Frage der Berufsdermatosen ist von entscheidender Wichtigkeit das Verhältnis der inneren dispositionellen zu den äußeren kausalen Faktoren, besonders wenn es sich um die Frage der Haft- und Entschädigungspflicht handelt. Eine strenge Unterscheidung zwischen rein endogenen und exogenen Dermatosen kann nicht gemacht werden, womit auch experimentelle Erfahrungen beim Teerkrebs übereinstimmen. Unter den als Berufsdermatosen in Betracht kommenden Hautkrankheiten nimmt das Ekzem die wichtigste Stellung ein. Sie kann das aber nur, wenn man von der Trennung einer durch äußere Einwirkung verursachten ekzematoiden Dermatitis artificialis von dem eigentlichen, endogen bedingten Ekzem, der Ekzemkrankheit oder Ekzematose Abstand nimmt. Beides sind jedoch wesensgleiche Prozesse, klinisch und histologisch gut charakterisierte entzündliche Reaktionen der Haut auf alle möglichen körperfremden ekzematogenen Stoffe und Einwirkungen. Gegen diese ist die Haut der Ekzematiker empfindlicher als die Haut normaler Versuchspersonen; diese erhöhte Empfindlichkeit richtet sich in spezifischer Weise nur gegen eine oder gegen verschiedene Testsubstanzen (monovalent. polyvalent). Es handelt sich dabei um eine Idiosynkrasie, die wahrscheinlich nichts anderes als einen eigenen Spezialfall aus der großen Klasse der immunbiologischen Antireaktionen darstellt. Das Ekzem wäre danach eine eigentümliche, mehr oder weniger spezifische Abwehrreaktion der Hautzellen gegen zellfremde bzw. zellschädigende Stoffe, die von außen oder auch von innen her an die idiosynkrasisch eingestellte Haut herantreten. Wird das Heranbringen an die Haut durch den Beruf vermittelt, so liegt ein Berufsekzem vor. Durch systematische funktionelle Prüfungen gelingt es hier oft, den schuldigen Stoff herauszufinden. Gegen körpereigene, physiologische Stoffe konnte ein Auftreten der Antikörperfunktion im allgemeinen nicht nachgewiesen werden. Diese Befunde sind für die Auffassung des Ekzems als einer Stoffwechseldermatose nicht günstig. Doch gibt es trotzdem Ekzeme aus inneren Ursachen, wenn Substanzen, gegen die eine Idiosynkrasie besteht, auf dem Blutwege an die Haut herangebracht werden; dazu könnten auch aus der Nahrung stammende Stoffe gehören. Das Berufsekzem bedarf also zu seinem Zustandekommen des dispositionellen Momentes; dabei wirken erfahrungsgemäß manche Stoffe stärker und häufiger ekzematogen als andere. Die Idiosynkrasie kann durch die mannigfachsten extra- bzw. transkutanen Vorgänge im Organismus im positiven und negativen Sinne verändert werden. E. Levin-Berlin.

Ein Todesfall nach β-Naphthol bei Skabiesbehandlung, von M. Gumpert, Derm. Abt. Rudolf-Virchow-Krkhs. Berlin. (M. Kl., 1925, Nr. 4, S. 131.) 35jähr. Pat. außerhalb des Krankenhauses mit dreimaliger Einreibung von 7,5%iger Naphtholsalbe behandelt. Einlieferung mit ausgedehntem Ekzem, dann Purpura, durch kein Mittel beeinflußbare Glomerulonephritis, Exitus im Koma. Da Naphthol in der Dermatologie nicht unersetzlich ist, sollte es aus dem Arzneischatz verschwinden.

E. Levin-Berlin.

Hexanitrodiphenylamindermatitis, von H. Hoffmann, Univ.-Hautkl. Breslau. (M. Kl., 1925, Nr. 1, S. 18.) Außerordentlich starke Dermatitis nach Benutzung von Hexanitrodiphenylamin zur Ungeziefervertilgung. Versuche bei 70 anderen Personen ergaben keine Hautreizungen, es lag also eine spezielle Überempfindlichkeit vor.

E. Levin-Berlin.

Haartracht und Ohrekzem, von E. Doctor-Frankfurt a. M. (D. m. W., 1925, Nr. 3, S. 112.) Verf. hat in den letzten Jahren häufig das Auftreten eines chronisch intertriginösen nässenden Ekzems mit starker Krustenbildung an der Hinterfläche der Ohrmuschel und der angrenzenden Kopfhaut beobachtet, und zwar ausschließlich bei Frauen, die die Haare über die Ohren gekämmt trugen. Das Ekzem trat hauptsächlich dann auf, wenn die Ohren von dicken, schwer aufliegenden Haarwellen völlig bedeckt waren. Durch den Abschluß des Raumes hinter der Ohrmuschel wird die Schweißverdunstung beeinträchtigt. Der Schweiß schlägt sich in flüssiger Form auf die Haut nieder und ruft allmählich Mazeration hervor. Auf diesem so vorgebildeten Boden kann sich leicht ein Ekzem entwickeln. F. Harry-Wiesbaden.

Ballistol, von W. Gent-Göttingen. (D. m. W., 1924, Nr. 51, S. 1809.) Beitrag zum Geheimmittelunwesen. Ballistol, das mit großer Reklame als Heilmittel angepriesen wird, besteht aus Vaselinöl, ölsaurem Alkali, Schieferölrückständen, naphthensaurem Alkali und Amylalkohol. Eine Pat., die das Mittel auf beiden Wangen zur Beseitigung

Digitized by Google

einer Schwellung der Haut angewandt hatte, reagierte mit Blasenbildung und starkem Brennen. Die Blasen heilten unter Hinterlassung blauroter Flecke wieder ab. In der Umgebung der Blasen und am Orte der Blasen selbst stellte sich später starke Pigmentbildung ein. Ferner bestand im Bereich der Blasen eine ungewöhnlich starke Teleangiektasie. Die genannten Erscheinungen sind durch den Amylalkohol hervorgerufen worden, speziell die Gefäßerweiterungen. F. Harry-Wiesbaden.

Strahlentherapie und Strahlenschädigung.

Über den Begriff „Reiz" in der Röntgenologie, von F. Pordes, Ztrl. Röntgeninstitut Wiener allg. Krkh. (Fortschr. d. Röntgenstr., 1925, Bd. 33, H. 1, S. 84—87.) Das Wort „Reiz", der Begriff der „Reizwirkung" sind in der röntgenologischen Literatur so vieldeutig geworden, daß eine Klärung erforderlich ist. Reiz ist jede Bedingungsveränderung für die lebende Substanz; die Wirkung kleiner Reizquanten als „Reiz an sich" den Wirkungen großer Reizquanten gegenüberzustellen, ist daher irreführend. Da unter direkter Reizwirkung eine an der getroffenen Zelle selbst auftretende Leistungsverbesserung verstanden wird und da Leistungsverbesserung bei optimal funktionierenden Zellen nicht möglich ist, sollte in solchen Fällen von pathologischer Beschleunigung oder Vermehrung von Funktion und Wachstum gesprochen werden. Die Bezeichnung „indirekte Reizwirkung" ist als verwirrend abzulehnen.

E. Levin-Berlin.

Über die Sensibilisation von Warmblütern durch Serum-Porphyringemenge, von H. Shibuya-Sendai. (Strahlenther., 1924, Bd. 18, H. 3, S. 710.) Zusammenfassung: 1. Durch Verabreichung eines schon längere Zeit konservierten Hydroaharnes an weiße Mäuse lassen sich die Erscheinungen der subakuten und chronischen Sensibilisation bei diesen Tieren im Lichte hervorrufen. 2. Serum-Porphyringemenge vermochten in einer Reihe von Fällen weiße Mäuse ebenso zu sensibilisieren wie Porphyrine ohne Serumzusatz. In anderen Fällen jedoch war Schutzwirkung des Serums gegen die sensibilisierende Wirkung der Porphyrine vorhanden. 3. Die sensibilisierende Wirkung des Uroporphyrins erfolgt jedenfalls auch in den sichtbaren Spektralbezirken, während die Erscheinungen der Hydroa im Lichte durch kurzwellige Strahlung des Lichtes hervorgerufen werden. E. Hornemnnn-Lüneburg.

Die Verstärkung der Röntgenstrahlenwirkung durch Haferkochsalzdiät, von E. Andersen, Städt. Krankenanst. Kiel. (Strahlenther., 1924, Bd. 18, H. 4, S. 865.) Das Blutserum von tumorkranken Menschen ist alkalischer als normales und besitzt weniger Natrium- und Chlorionen als das Serum gesunder Menschen. Durch Zufütterung von Hafer, welches eine leicht saure Kost darstellt, läßt sich die Alkaleszenz herabsetzen, und durch eine Kochsalzdiät lassen sich die Natrium- und Chlorionen im Organismus vermehren. Beim schnellwachsenden Karzinom finden sich in den Zellen der letzteren viel Na und Cl und eine Azidose; es weist dieses auf eine Vermehrung des Stoffaustausches hin. Wird nun dem Körper viel Kochsalz und Säure zugefügt, so tritt im Körper und in den Tumorzellen eine Retention der Na- und Cl-Ionen ein. Im Tumor findet eine Protoplasmaauflockerung mit erhöhtem Dispersitätsgrad statt; die weniger entdifferenzierten malignen Zellen werden zu rasch wachsenden, und werden jetzt diese mehr radiosensibel gewordenen Zellen von Röntgenstrahlen betroffen, so kommt es zur vollständigen Auflösung; gleichzeitig wird das mitbestrahlte Bindegewebe durch Na- und Cl-Aufnahme in einen Erregungszustand versetzt. Der Verf. rät zu 400—500 g Hafermehl oder Haferflocken in $1^1/_4$ Liter Wasser mit etwa 40—50 g Butter in 5 Mahlzeiten pro Tag verteilt zu geben, und jeder Mahlzeit 3 g Kochsalz hinzuzufügen. Nach etwa einer Woche soll die Bestrahlung erfolgen. E. Hornemann-Lüneburg.

Kurze Analyse einiger wichtiger Faktoren bei der biologischen Strahlenwirkung (A Brief Analysis of Some Important Factors in the Biological Action of Radiation), von G. Failla-New York. (Am. J. of Röntgenology, 1924, Bd. 12, Nr. 5, S. 454.) An den Beispielen der Hautreaktion und dem Verhältnis der Strahlenempfindlichkeit verschiedener Gewebe wird auseinandergesetzt, daß es sich im Grunde bei biologischen Experimenten nicht anders als bei physikalischen Versuchen darum handelt, die Abhängigkeit der betrachteten Reaktion von willkürlich gewählten und beherrschbaren Faktoren zu untersuchen. Soll die Reaktion der Haut auf eine Radiumstrahlung in Abhängigkeit von der Filterung gemessen werden, so müssen als beeinflussende Faktoren berücksichtigt werden: die Form der Strahlenquelle und zusammenhängend damit die Richtungen, in denen die Strahlen das Filter durchsetzen, die Unterschiede in der Emp-

Digitized by Google

findlichkeit verschiedener Hautstellen, die Benutzung des Schwellenwertes der Hautreaktion als Vergleichsbasis, die Abhängigkeit von der Intensität bei gleicher Dosis. Bei dem Vergleich der Wirkung ein und derselben Strahlung auf zwei verschiedene Gewebe, d. h. dem Nachweis von Empfindlichkeitsunterschieden zwischen zwei Geweben ist zu berücksichtigen, daß die Wirkung der Bestrahlung auf lebendes Gewebe von zahlreichen Faktoren abhängig ist, von denen in der Regel bei vergleichenden Versuchen nicht alle dieselben sind. Verf. glaubt auch gegen die Versuche von S. Russ, der fand, daß der Empfindlichkeitsunterschied zwischen Tumoren und der menschlichen Haut bei harten Strahlen 2—3mal größer war als bei weichen Strahlen, derartige Einwände zu machen müssen, und zwar ist er der Ansicht, daß die Schwierigkeit in der Ablesung der Reaktion und die eventuellen Unterschiede in der Dicke der zu vergleichenden Gewebe das Resultat beeinflußt haben können. Verf. schlägt vor, derartige biologische Versuche in Zukunft an Insekten zu machen, da sie kleine Objekte und stets in großer Zahl zur Verfügung sind. Die große praktische Bedeutung dieser Fragen läßt ihre Lösung besonders wichtig erscheinen. H. Holthusen-Hamburg.

Physikalisch-chemische Wirkungen der Röntgenstrahlen, von D. Lieber. Zentral-Röntgeninstitut Univ. Innsbruck. (Strahlenther., 1924, Bd. 18, H. 3, S. 536; Referat gehalten auf dem 88. Kongreß D. Naturf. u. Ärzte in Innsbruck.) Der Verf. glaubt, daß auf Grund von mikrochemischen Untersuchungen und in Berücksichtigung der Lehren des Donnanschen Gleichgewichtes es möglich sein wird, wichtige Aufschlüsse zu erzielen. E. Hornemann-Lüneburg.

Die Bedeutung physikalisch-chemischer und chemischer Änderungen der Zusammensetzung des Blutes unter Röntgeneinwirkung, von Ch. Kroetz, Med. Univ.-Kl. Greifswald. (Strahlenther., 1924, Bd. 18, H. 3, S. 545) Als erste und einzige direkte Röntgenwirkung aufs Blut läßt sich das flüchtige Auftreten von sauren Eiweißumbauprodukten im Serum sogleich nach der Bestrahlung feststellen. Die nachher mehrere Tage anhaltende Alkalose ist sekundäre Folge der Säfteumstimmung, die übers Atmungszentrum zur Wirkung kommt. Der Röntgenkater und seine Beeinflussung durch azidotisch wirksame Mittel sind die klinischen Erscheinungen der Alkalose des Blutserums. E. Hornemann-Lüneburg.

Wirkung von Strahlen verschiedener Wellenlänge auf Tumoren (Effect on Tumors of Radiation of Different Wave Lengths), von F. C. Wood-New York. (Am. J. of Roentgenology, 1924, Bd. 12, Nr. 5, S. 474.) Verf. konnte schon früher zeigen, daß dieselbe Zahl menschlicher HED dazu gehört, mag es sich um ungefilterte oder gefilterte Röntgen- oder Radiumstrahlen handeln, um alle Zellen eines übertragbaren Tumors zu töten. In dieser Arbeit wurde die Wirkung von zwei Strahlungen eines Gleichstromapparates, und zwar einer weichen Strahlung von einer Röhre mit Molybden-Antikathode und 0,065 mm Molybden-Filter und einer harten Strahlung von 100 kV mit Wolfram-Antikathode und 0,125 mm Tantal-Filter in ihrer Wirkung auf übertragbare Tumoren miteinander verglichen. Es wurden zwei Versuchsreihen ausgeführt, die erste an einem Flexner-Jobling-Rattenkarzinom, die zweite an einem Mäusetumor (Nr. 180). Jede einzelne Versuchsserie bestand aus einer großen Zahl (800—1400) Einzelversuchen, in denen millimetergroße Tumorstücke in kleinen Zelluloidröhrchen mit verschiedenen Dosen bestrahlt und dann überimpft wurden. Es ergab sich auf diese Weise aus einer großen Zahl von Einzelversuchen eine Schädigungskurve, die bei beiden Tumoren dann zusammenfiel, wenn die beiden verschiedenen Strahlungen auf gleiche Ionenstärke bezogen waren. Die Ionisationsmessungen wurden in einer offenen Ionisationskammer nach Duane ausgeführt. H. Holthusen-Hamburg.

Die fortgesetzte Kleindosis in der Behandlung maligner Tumoren, von G. Peter-Mexico-City. (Strahlenther., 1924, Bd. 18, H. 4, S. 858.) Der Verf. berichtet über 12 Fälle von malignen Tumoren, die nach oft wiederholten kleinen Röntgendosen ausheilten; ein Teil der Fälle war vorher ohne Resultat mit Intensivbestrahlung behandelt worden. Der Verf. glaubt an die Zukunft dieser Kleindosenbestrahlung und bringt die theoretischen Grundlagen dafür. E. Hornemann-Lüneburg.

Die Einwirkung der Röntgenstrahlen auf den Cholesteringehalt der Karzinome, von A. H. Roffo u. L. M. Correa, Inst. f. Krebsforsch. Buenos Aires. (Strahlentherapie, 1924. Bd. 18, H. 4, S. 871.) Um festzustellen, ob die Verminderung von Cholesterin nach Röntgenbestrahlungen in den Tumorzellen eine direkte Folge der Bestrahlung ist, röntgten die Verff. weiße Ratten, die mit fusozellulärem Sarkom geimpft worden waren. Es ergab sich das Resultat, daß der Cholesteringehalt nur in den Tumoren abnahm, die direkt bestrahlt waren, daß dagegen Totalbestrahlungen mit Abdeckung des

Digitized by Google

Tumors eher eine Vermehrung des Cholesterins im Tumor zur Folge hatten. Die Abnahme betrug 3 Stunden nach der Bestrahlung 1%. Die Verff. sehen in der Abnahme des Cholesterins einen Beweis der Wichtigkeit desselben für das Wachstum der Tumorzellen sowie einen Beweis der biochemischen Wirkung der Röntgenstrahlen auf das Protoplasma der Tumorzellen. E. Hornemann-Lüneburg.

Erythem als eine Dosimetereinheit in der Röntgentiefentherapie (Erythema as a Unit in Deep Roentgen Therapy Dosimetry), von E. T. Leddy u. J. L. Weatherwax-Philadelphia. (Am. J. of Roentgenology, 1924, Bd. 12, Nr. 6, S. 514.) Die in Deutschland übliche Angabe der Dosen in Prozenten der „HED" gibt nur eine scheinbare Genauigkeit. Die Verff. stellten erneut Versuche über die Variation der Hautreaktion bei gleicher mit dem Iontoquantimeter kontrollierter Dosis an einer 200 kV-Strahlung (4 mA; 50 cm Abstand; 0,62 mm Cu + 2,3 mm Al.-Filter) an und fanden, daß es zwar eine Dosis gibt, bei der in allen Fällen ein Erythem erreicht wird, daß aber, wenn diese Dosis willkürlich gleich 100 gesetzt wird, auch Dosen von 80 und 130 eine Hautrötung erzeugen, die von der Rötung mit 100 Einheiten nicht unterscheidbar ist. Die Rötung bei 100% der Hautdosis war nicht in allen Fällen gleich. Bei 75% reagierte nur noch ein Bruchteil mit Erythem, 135% führte bei der Mehrzahl zu Blasenbildung. Eine als „Erythem" zu definierende Dosis kann also mit 50% Variation in der Intensität gegeben werden, während die bisher in der Literatur festgelegte Behauptung, daß die Erythemdosis auf 15—25% genau bestimmt werden könne, zurückgewiesen wird. Die Unempfindlichkeit der Haut gegen Intensitätsunterschiede ging auch daraus hervor, daß eine Veränderung des Einfallsfeldes mit ihrem großen Einfluß auf die Oberflächendosis sich in der Hautreaktion nicht bemerkbar machte. H. Holthusen-Hamburg.

Ein Vergleich zwischen der französischen und deutschen „Erythemdosis" nach Messungen mit dem Solomonschen Iontoquantimeter (A Comparison Between the French and the German „Erythema Dose" as Measured on the Solomon Iontoquantimeter), von I. I. Kaplan-New York. (Am. J. of Roentgenology, 1924, Bd. 12, Nr. 5, S. 464.) Verf. stellte sich die Aufgabe, die französische Erythemdosis, gemessen mit dem mit Radium geeichten Iontoquantimeter von Solomon, und die deutsche, biologisch bestimmte HED miteinander zu vergleichen. Die Untersuchung wurde mit dem Solomonschen Instrument an dem Holfelderschen Institut in Frankfurt am Neo-Intensiv-Reformapparat und Stabilivoltapparat ausgeführt und festgestellt, daß die Holfeldersche Erythemdosis am Stabilivolt 1437, am Neo-Intensiv-Reformapparat 1490 R-Einheiten betrug. Im Gegensatz dazu wird die französische „Erythemdosis" von Solomon mit 4000 R angegeben. Die französische ED liegt also erheblich höher als die deutsche; sie würde, auf einmal appliziert, eine Hautverbrennung zweiten Grades hervorrufen.
H. Holthusen-Hamburgen.

Die konstante Gleichspannung der Kondensatorapparate für Röntgentherapie, von M. Jona. (Strahlenther., 1924, Bd. 18, H. 4, S. 791.) Ein Werturteil über Kondensatorapparate. E. Hornemann-Lüneburg.

Zur Kenntnis der Röntgenreaktion der Haut. Über den Abhängigkeitsgrad der Hautschädigung von der Strahlungsintensität bei gleicher Dosis. Der Begriff des Schädigungsquotienten, von G. Schwarz-Wien. (Strahlenther., 1924, Bd. 18, H. 4, S. 845.) Durch Versuche an der Bauchhaut vom Menschen gelang es dem Verf. nachzuweisen, daß bei Steigerung der Strahlungsintensität von schon 1:4 bei gleicher Dosis ein stärkerer Hauteffekt erzielt wurde. Es war bisher (Kroenig und Friedrichs) bekannt, daß erst eine Intensitätssteigerung von 1:8 einen merkbaren Hautreaktionsunterschied hervorbrachte. Bei Bestrahlungen von Tumoren kommt es darauf an, ob die Haut oder der betreffende Tumor bei Erhöhung der Intensität größere Schädigung zeigt. Nur dann, wenn dieses Verhältnis, der Schädigungsquotient, zugunsten des Tumors spricht, ist es rationeller, eine Intensitätssteigerung vorzunehmen.
E. Hornemann-Lüneburg.

Gefahren bei der Röntgenstrahlenbehandlung der chirurgischen und der Hauttuberkulose, von F. M. Groedel u. H. Lossen-Frankfurt a. M. (Strahlenther., 1924, Bd. 18, H. 4, S. 829.) Nach Durchsicht von 61 Fällen von Schadenersatzansprüchen nach therapeutischen Röntgenbestrahlungen ist es den Verff. aufgefallen, daß 10% dieser Schäden nach Bestrahlungen von äußerer Tuberkulose (Lupus, Fisteln usw.) eingetreten war. Sie bringen diese Schäden mit einer besonderen bei Tuberkulose oft vorkommenden Empfindlichkeit der Haut in Zusammenhang. Sie halten das Tuberkulosetoxin für die Ursache der Empfindlichkeit und glauben an der Hand von angeführten Krankengeschichten, daß nicht so sehr technische Fehler als gerade das Terrain der Bestrahlung

Digitized by Google

von ausschlaggebender Bedeutung ist. Um eine möglichste Schonung der Haut und dadurch eine Verminderung der Schäden zu erzielen, empfehlen die Verff. starke Filterung (Zink), große Dosen an Stelle von kleinen „verzettelten" ein Intervall der Bestrahlungen von 6 Wochen und sorgsames Fernhalten von Schädigungen der Haut nach den Bestrahlungen. Fragen der Haftpflicht sind äußerst schwer auch von Sachverständigen zu begutachten, da zur vollständigen Erfassung eines Kunstfehlers eine Kenntnis von vielen Faktoren notwendig ist, die schwer zu erbringen ist; günstigsten Falles kann der Sachverständige nur ein Wahrscheinlichkeitsvotum abgeben. Wegen Veröffentlichung einer Reihe von Röntgengutachten ist diese Arbeit besonders jedem Röntgentherapeuten sehr zu empfehlen. E. Hornemann-Lüneburg.

Röntgenschädigungen als Unfälle und Gewerbekrankheiten, von W. Flaskamp. (Fortschr. d. Röntgenstr., 1924, Bd. 32, H. 5/6, S. 641—647). Es ist anzustreben, daß bei einer Änderung der Sozialgesetzgebung Röntgenschäden auf beruflicher Basis bei in einschlägigen Betrieben beschäftigten Arbeitern und Angestellten (soweit nicht echte Unfälle vorliegen) als Gewerbekrankheiten anerkannt werden. E. Levin-Berlin.

Die Prophylaxe der Röntgenüberdosierung (Roentgen-Ray Overdosage), von R. H. Rulison-New York. (J. Am. m. Ass., 1924, Bd. 83, Nr. 19, S. 1505.) Durch das versehentliche Weglassen eines Filters wurden einer Patientin im Gesicht $4^1/_3$ HED ungefiltert appliziert. Am nächsten Tag wurde in steigenden Dosen angewandte Kromeyer-Lampenbestrahlung begonnen, nach 12 Tagen erschien nur ein geringes Röntgenerythem. 3 Monate später Haut normal. E. Schäfer-Göttingen.

Über Heilung von Röntgenschädigung durch Solarson, von Goecke-Schwerte (Ruhr). (Strahlenther., 1924, Bd. 18, H. 4, S. 878.) Zwei schwere nekrotische Röntgenulzera, die auf der Bauchhaut zweier weiblicher, älterer Personen sich befanden und die jeder Behandlung trotzten, wurden durch einige Solarsoneinspritzungen geheilt.
E. Hornemann-Lüneburg.

Kein Röntgenkater mehr! von E. Zweifel-München. (Strahlenther., 1924, Bd. 18, H. 4, S. 875.) Der Verf. hat seit Verwendung von Bleischutzkästen (Siemens & Halske) um die Röntgenröhren keinen Röntgenkater bei seinen Patienten erlebt. 200 Bestrahlungen innerhalb 8 Monaten verliefen in diesem Sinne. Auch im Interesse des Personals rät der Verf. zu dieser technischen Einrichtung. E. Hornemann-Lüneburg.

Über die Grenzen der Röntgentherapie chirurgischer Erkrankungen, von W. Baensch, Chir. Univ.-Kl. Leipzig. (Strahlenther., 1924, Bd. 18, H. 3, S. 517.) Die Röntgentherapie der Hautkrebse ergab in 80% der Fälle einen Dauererfolg. Besonders ungünstig sind die Ohrmuschelkrebse, sie sollten frühzeitig operiert werden. Vielfache histologische Untersuchungen konnten nicht den Grund der verschiedenen Radiosensibilität der Hautkrebse aufdecken. Im allgemeinen sprechen die zerfallenden weniger gut auf Röntgen an als die mehr tumorartigen. Die Lippenkarzinome zeigen nach Röntgen 50% Erfolg. Die Bestrahlungen der chirurgischen Tuberkulose war erfolgreich. Bei schweren Fällen erwiesen sich kleine Mengen (10%) von Röntgenstrahlen vorteilhafter. Mittelschwere und leichte Fälle (geschlossene tuberkulöse Lymphome) wurden am besten mit 30—50% bestrahlt. Neben der Röntgentherapie sind auch die üblichen Heilfaktoren (Licht, Nahrung, chirurgische Behandlung) von größter Wichtigkeit. Für die tuberkulösen Lymphome sind die Röntgenstrahlen die beste Therapie, sie führen in 90% zur Heilung. Nebenhodentuberkulose gibt befriedigende Resultate. 2 Fälle von Lupuskarzinom von Apfelgröße konnten mit Röntgen geheilt werden. Bei der Gelenktuberkulose ist neben der chirurgischen Therapie die Röntgentherapie von unterstützender Bedeutung. Besonders günstigen Erfolg zeigen die exsudativen Gelenktuberkulosen. Spondylitis und Rippentuberkulosen lassen sich gut mit Röntgen beeinflussen. Von rein dermatologischen Krankheiten eignen sich unter anderem sehr zur Röntgenepilation die Schweißdrüsenabszesse. E. Hornemann-Lüneburg.

Über schmerzstillende Wirkungen der Röntgenstrahlen, von E. Markovits-Budapest. (Orv. Hetilap, 1924, Nr. 45.) Bei Haut-, Mamma-, Rektum-, Blasen- und Uteruskarzinomen lassen die peinigenden Schmerzen nach ohne Beeinflussung des Tumors. Bei inoperablen Krebsfällen ist das Schmerzstillen eine Wohltat. Mediastinaltumoren (zumeist Lymphosarkome) verkleinern sich auch. Bei Gehirntumoren verschwinden die Drucksymptome nur vorübergehend, doch wurde die Besserung erst in 1—3 Wochen offensichtlich. Bei Ulcera ventriculi, duodeni und Hyperazidität verschwinden die subjektiven Klagen. Der Spasmus und Hyperazidität läßt nach. Gallenkoliken hören auch auf, manchmal auf einige Tage, aber die Ruhe kann auch Jahre hindurch dauern. Bei

Digitized by Google

Arthritis (urica, deformans gonorrhoica), Neuralgien, Angina pectoris ist die Bestrahlung von günstigem Erfolg. Bei Larynxtuberkulose wird das Schlucken leichter. Bei Entzündungen wird die Temperatur normal. Bei juckenden Hautkrankheiten mit Kratzaffekten, Rhagaden kann die Heilung in total refraktären Fällen in einigen Tagen erreicht werden. Die Erklärung der Wirkung auf die Nervenendigungen ist unbekannt. Richtschnur: Bei oberflächlichen Krankheiten soll die Dosis klein sein, $^1/_2$—$^1/_3$ HED. Die Wiederholung erst in 4 Wochen. M. Porosz-Budapest.

Einwände gegen den Gebrauch von Radiumemanation in filterlosen Röhrchen nebst klinischen und histologischen Beobachtungen (Objections to te Use of Radium Emanation in Bare Tubes, with Clinical and Histological Observations), von W. L. Clark, J. D. Morgan und E. J. Asnis-Philadelphia. (Am. J. of Roentgenology, 1924, Bd. 12, Nr. 6, S. 519.) Die Radiumbehandlung mit filterlosen emanationshaltigen Glaskapillaren, die in das Gewebe eingeführt werden, ist zu verwerfen. Wenn man die Auffassung teilt, daß es sich bei der Strahlenbehandlung von Tumoren nicht nur darum handelt, die Tumorzellen zu schädigen, sondern ebenso sehr die Abwehrkräfte der Nachbarzellen zu steigern, so bedeutet die Anwendung der weichen Betastrahlen mit ihrer nekrotisierenden Wirkung eine zu starke Schädigung des Gewebes. Aber auch klinisch hat sich die Methode nicht bewährt, deren Anwendung mit sehr starken Schmerzen verbunden ist, zu ausgedehnten Nekrosen mit gelegentlicher Arrosion von Gefäßen und zu starker schwieliger Umwandlung des Gewebes führt. Den Verff. scheint auch der Fremdkörperreiz, den die im Gewebe zurückbleibenden Glaskapillaren darstellen, gerade bei malignen Tumoren bedenklich. Auf der anderen Seite bietet die Behandlung mit metallischen Hohlnadeln, d. h. mit gefilterten Strahlen von Radiumelement oder Emanation, wobei die Nadeln nur temporär in das zu behandelnde Gewebe eingeführt werden, große Vorteile. In der Aussprache betont Regaud, daß die Behandlung mit ungefilterten Glaskapillaren auch heute noch ihr Anwendungsgebiet bei schwer ansprechbaren, bei schwer zugänglichen und bei kleinen Tumoren hat. Wenn man ein Filter anwendet, so sollte es mindestens 0,5 mm Platin betragen, während Stahlnadeln ein schlechtes Filter sind. Ewing bestreitet eine schädliche Fremdkörperreizwirkung der Glaskapillaren und Quick betont, daß man mit der Dosis von anfangs 2,5—4,0 mc allmählich auf Bruchteile eines Millicurie in jeder Nadel zurückgegangen sei und dadurch die subjektiven Beschwerden erheblich herabgemindert habe.

H. Holthusen-Hamburg.

Radiumbehandlung der Tonsillen (Radium Treatment of Tonsils), von A. Simpson-Washington. (Am. J. of Roentgenology, 1924, Bd. 12, Nr. 6, S. 527.) Auf Grund dreijähriger Erfahrung mit Röntgen- und Radiumbehandlung bei chronisch hypertrophischen Tonsillen wird letztere Methode für die Fälle empfohlen, in denen aus irgend einem Grunde die chirurgische Behandlung nicht in Betracht kommt. Die Behandlung besteht dann entweder in der Applikation eines ovalen scheibenförmigen Radiumpräparates von 30 mg Stärke auf die Oberfläche der Tonsille oder bei empfindlichen Erwachsenen, bei Kindern und in den Fällen, in denen ein schneller Erfolg erwünscht ist, in der Spickmethode mit Glaskapillaren von je 0,25 mc. Der Radiumträger ist nur mit einem Gummiüberzug versehen, der weniger als 2% der β-Strahlen abfiltriert, und wird 30 Min. hindurch mittels eines Tonsillenhämostaten gegen jede Tonsille gepreßt. Die Zahl der verwendeten Kapillaren hängt von der Größe der Tonsille ab — im Durchschnitt genügen zwei —; dabei muß man mindestens 0,5 cm von den Gaumenbögen entfernt bleiben. Vorübergehend treten einige Tage nach der Bestrahlung nicht sehr heftige Halsschmerzen auf; zu ernsteren Schluckstörungen kam es nie. Wiederholungen der Bestrahlung sind besonders bei großen Tonsillen nicht zu vermeiden.

H. Holthusen-Hamburg.

Ein Sicherheitsvorschlag für die Aufbewahrung von Radium in Nadeln und Kapseln (A Safety Device for the Care of Radium Contained in Needles and Capsules), von G. E. Pfahler-Philadelphia. (Am. J. of Roentgenology, 1924, Bd. 12, Nr. 6, S. 580.) Um die Gefährdung des eigenen Körpers, die Schleierwirkung auf die photographische Platte und die Gefahr des Verlustes der wertvollen Substanz herabzusetzen, verwendet Verf. einen Radiumschrank in Form eines Bleiblockes mit einer zentralen Bohrung, in welche der Radiumbehälter eingeführt wird. Der Bleiblock, der die zentrale Bohrung ringsum mit mindestens 2 Zoll Blei umgibt, füllt das Fach eines Sicherheitsschrankes aus, dessen Mantel aus 4 Zoll dickem Stahl besteht. Jede der 42 Radiumnadeln hat in dem Behälter ihren bestimmten Platz, so daß ihr Fehlen sofort auffallen würde.

H. Holthusen-Hamburg.

Digitized by Google

Die Erhaltung des normalen Gewebes nach der Behandlung mit Radium (Conservations of Normal Tissue After Treatment with Radium), von D. W. Montgomery und G. D. Culver-San Francisco. (Am. J. of Roentgenology, 1924, Bd. 12, Nr. 6, S. 526.) Bericht über einen Fall von Karzinom der Nase, der von außen mit 24.23 mg RaEl (1 mm Blei + 2 mm Gummifilter), vom Inneren der Nase her mit 25 mg RaEl, das außer dem gleichen Blei- und Gummifilter noch mit 0,35 mm Silber gefiltert war, behandelt wurde und mit einem wesentlich geringeren Substanzverlust zur Heilung kam als ein ähnlich gelagerter Fall, der einige Jahre vorher mit Arsenpaste behandelt war.
H. Holthusen-Hamburg.

Die Behandlung chronischer eiternder Fisteln mit Thorium X, von A. Simons-Berlin. (D. m. W., 1925, Nr. 3, S. 109.) Verf. berichtet über gute Heilerfolge bei chronischen eiternden Fisteln mit Halberstaedterschen Thorium-X-Stäbchen. Die Fisteln schlossen sich in 2—4 Wochen. Es wurden Stäbchen von 0,5—1,0 Millicurie Thorium X eingeführt. Die Wirkung des Thorium X beruht teils auf der bakteriziden Kraft der α- und β-Strahlen, teils auf der Einwirkung der Gesamtbestrahlung. Die Aktivität der Stäbchen erlischt nach 3—4 Wochen. Die Stäbchen stoßen sich meist nach einiger Zeit ab oder heilen ohne Nachteil ein. Sie dürfen aus der Fistel nicht herausragen, da sie sonst die gesunden Stellen gefährden können. Die Stäbchen werden von der Deutschen Gasglühlicht-Auer-Gesellschaft, Berlin O 17, hergestellt und enthalten pro Zentimeter 0,5 Millicurie.
F. Harry-Wiesbaden.

Ist die blutdrucksenkende Wirkung von Höhensonnenbestrahlungen eine Stickoxydulwirkung?, von H. Pollitzer und E. Stolz, II. Med. Univ.-Kl. Wien. (M. m. W., 1924, Nr. 29, S. 977.) Der These von Kestner, daß die blutdrucksenkende Wirkung der künstlichen Höhensonne auf der Inhalation von Stickoxydul beruhe, wird experimentell nachgegangen. Bei 2 Fällen von genuiner Hypertonie (Typus Gaisbeck-Vaquez) wird die Einwirkung einer subkutanen Injektion von im Wasser gelösten Stickoxydul (bei 0° etwa 0,8 Vol. N_2O auf 1 Vol. H_2O) beobachtet. Im ersten Fall (9 Mill. Erythr.) einmal vorübergehende Senkung des Blutdrucks. Im zweiten Fall (6.5 Mill. Erythr.) nach jeder Injektion (1—5 ccm-Lösung) eindeutige blutdrucksenkende Wirkung. Nach 8 Stunden war der Effekt ausgeglichen. Vielleicht läßt sich bei milderen arteriosklerotischen Hypertonien durch Injektionen von 1 ccm-N_2O-Lösung ein Dauererfolg erzielen.
R. Ley-Kreuznach.

Über die Absorption von ultravioletten Strahlen und die therapeutische Anwendung (Sur l'absorption des rayons ultraviolets par la peau et ses applications thérapeutiques), von D. J. Saidman. (Compt. rend. acad. des Sciences, 1924, Bd. 179, Nr. 24, S. 1448). Nach Saidmans Ansicht kann man die Wirkung der ultravioletten Strahlen verbessern, wenn man, anstatt empirisch die üblichen Lampen anzuwenden, die bei den betreffenden Krankheiten wirksamen Wellenlängen der Strahlen kennt. Des Verf. Untersuchungen erstreckten sich auf ungefähr 300 Spektogramme, die von frischen Hautschnitten gewonnen wurden. Von der Quecksilberdampflampe werden genügend Strahlen durch die Hornschicht der Epidermis hindurchgebracht. Mit zunehmender Hautdicke verschmälert sich das Spektrum der ultravioletten Strahlen rasch. Ein Millimeter dicke Haut läßt praktisch nur Strahlen vom visiblen Spektrum durchtreten. Bei der Bogenlampe hängt die Durchdringungsfähigkeit der Strahlen von der Zusammensetzung der Elektroden ab. Bei Kohlenelektrode ist die Strahlung nicht intensiv, bei Metallen intensiver. Dadurch wird erklärt, weshalb die Quecksilberdampflampe rascher ein Erythem der Haut hervorruft als die Bogenlampe bei gleicher Strahlendosis. Es gibt therapeutisch wirksame Strahlen, die für die betreffenden Zellen eine bestimmte Absorption besitzen. Diese Strahlen müssen bei den zu gebrauchenden Lampen in Anwendung kommen. Die nur Wärme erzeugenden Strahlen müssen noch mehr ausgeschaltet werden.
A. Holländer-Hamburg.

Der Einfluß des ultravioletten Lichtes auf die Chemie des Blutes (The Effect of Ultraviolet Light on Blood Chemistry), von D. McCaskey-New York. (Med. J. and Record, 1924, Bd. 120, Nr. 12, S. 589—590). Ein Pat. wurde von seinem 38. bis zum 44. Jahre behandelt, dann die Behandlung zwei Jahre lang ausgesetzt. Die vergleichenden Untersuchungen des Blutes ergaben am Ende der Behandlungsperiode als hervorstechendes Zeichen der wohltuenden Wirkung eine Steigerung der oxydierenden Kraft von Kohlendioxyd um 20%. Nach der zweijährigen Pause zeigte sich Sinken des Hämoglobins, der roten und weißen Blutzellen, der Polymorphonukleären, ein beträchtliches Ansteigen des Blutzuckers, des nichtproteinen Stickstoffes der Harnsäure, des Kreatinins. Die

Digitized by Google

Kohlendioxydoxydation blieb unverändert. Das Allgemeinbefinden des Pat. war gegenüber der Zeit der Behandlung verschlechtert. E. Levin-Berlin.

Allgemeinwirkungen von Schleimhautbestrahlungen mit ultraviolettem Licht, von A. Laqueur und H. Wiener, Hydrother. Anst. u. Chem. Abt. Rudolf-Virchow-Krkhs. Berlin. (M. Kl., 1925, Nr. 7, S. 242—243.) Die Allgemeinwirkung des Lichtes auf Blutbild und Stoffwechselfunktion ist nicht lediglich an die Bestrahlung der Gesamtkörperoberfläche gebunden, sondern qualitativ im gleichen Sinne und quantitativ noch in stärkerem Grade durch die therapeutische Bestrahlung kleiner Schleimhautflächen erreichbar. Die Bestrahlung kleiner Flächen der äußeren Haut löst jedoch keine Allgemeinwirkung im Körper aus. E. Levin-Berlin.

Die Quarzlichtdosimetrie, von K. Finkenrath. (Zbl. f. Haut- u. Geschlechtskrkh., 1925, Bd. 15, H. 7, S. 401.) Sammelreferat.

Über die wissenschaftlichen und praktischen Grundlagen natürlicher und künstlicher Sonnenbehandlung, von F. Thedering. (Zschr. f. ärztl. Fortbild., 1924, Nr. 18, S. 558.) Betrachtungen über die Wirkungsweise verschiedener Komponenten des Lichtes, besonders von Rot und Violett; jedoch umschließt die Vereinigung aller im Sonnenspektrum schwingenden Wellenlängen das Geheimnis der Sonnenheilkraft. Vermittlerin zwischen Blut und strahlender Energie ist die Haut, die zahlreiche Reflextätigkeiten beherrscht. Die vom Blut aufgenommene strahlende Energie entfaltet eine anspornende Tätigkeit auf die Oxydationsfermente. Der Sauerstoffverbrauch wird erhöht. Auch die Formbestandteile des Blutes erfahren im Sonnenbade eine Änderung ihrer Zusammensetzung, die Dauercharakter trägt im Gegensatz zu den vorübergehenden Änderungen durch das künstliche Quarzlichtbad. Das Quarzlicht weist spektral erhebliche Abweichungen von der Natursonne auf. Das rote Blutbild wird durch die Quarzsonne nicht geändert, dagegen tritt eine rasch vorüberflutende Leukozytenwelle ein; hierzu genügt bereits eine Belichtung von einigen Minuten, daher ist die stundenlange Anwendung der Quarzsonne überflüssig; eine tägliche je eine Minute lang von allen vier Seiten auf den Körper einwirkende „Ultraviolettdusche" genügt. Stundenlange Quarzlichtbäder sind auch keineswegs gefahrlos. Fendt-Wiesbaden.

Referat über mit Heliotherapie behandelte Hautkranken, von A. Schönstein-Budapest. (Gyógyászat, 1925, Nr. 1.) In dem Budapester Jüdischen Spital wurden 1. Hauttuberkulosen mit schönem Erfolg behandelt. Die Behandlung war auf den ganzen Körper ausgebreitet, denn bei den meisten Fällen war auch eine allgemeine Tuberkulose vorhanden. Mit Ausnahme der Lupus vulgaris und Lupus erythematodes war eine endgültige Heilung oder eine wesentliche Besserung zu sehen. Der allgemeine Gesundheitszustand wurde auch günstiger. Die Dauer der Behandlung war oft monatelang, wöchentlich mindestens zweimal. Die Heilungen der postoperativen torpiden Fälle wurden durch die Heliotherapielampe beschleunigt. 2. Die Hautpilzkrankheiten, wenn sie oberflächlich waren, heilten ganz sicher. Die tiefer gelegenen (Trichophytia profunda) waren nur mit Zuhilfenahme der lokalen Mittel zu heilen. 3. Die Psoriatiker besserten sich nur in leichten Fällen. Inveterierte Fälle blieben durch die Bestrahlung unbeeinflußt. In 14 Tabellen sind die Erfolge und Mißerfolge der Fälle zusammengestellt. Die Fälle umfassen fast die sämtlichen Hautkrankheiten. Die in erster Reihe für Heliotherapie geeigneten Fälle sind außer den oben erwähnten: Röntgendermatitis und Röntgenulkus, Strophulus, Erythema perstans, Alopecia areata und Defluvium capill. aus allgemeinen Ursachen. Eine zweite Reihe umfaßt diejenigen Krankheiten, die nicht unbedingt eine Heliotherapie verlangen oder nur kombiniert mit anderer (lokaler) Behandlung Erfolg versprechen. Diese sind Sykosis, Furunkulosis, Hydradenitis, Abscessus simplex, Follikulitis, alle Formen der Akne, Lichen, Ekzeme, Dermatitis auch nach Salvarsan, Kraurosis vulvae, Kongelatio, Prurigo. Versuche mit der Heliotherapie, ohne davon viel zu erwarten: bei Pemphigus, Lupus erythematodes, Lichen, Atrophia cutis, Urtikaria, Pruritus, Sklerodermie, Ichthyosis, Adipositas dolorosa, Keloid, Lues ulcerosa, Lymphangioitis, chron. rezidiv. Erysipelas. M. Porosz-Budapest.

Zirkulationsstörungen und Hämorrhagien.

Die Behandlung der Krampfadern, von H. Bardy, Chir. Abt. Marienkrkhs. Helsingfors. (Acta Chir. Scand., 1925, Bd. 58, H. 1/6, S. 74.) Die gebräuchlichen operativen Verfahren wurden alle vom Verf. angewandt, und zwar mit ungefähr gleich gutem Erfolg. Allen gemeinsam ist die Gefahr der Embolie, die wir nicht vermeiden können. Deshalb hat sich der Verf. wieder einer konservativen Behandlungsweise zugewandt:

Digitized by Google

der intravenösen Chinininjektion (Chinin. hydrochlor. 4,0, Urethan, 2,0, Aq. dest. 30,0, davon $^1/_4$—$^1/_2$ Spritze). Das Chinin hat die Eigenschaft, einmal die Gerinnungszeit herabzusetzen und außerdem die Venenwand so zu reizen, daß die Thromben fest anhaften.
F. Landauer-Berlin.

Argochrom zur Injektionsbehandlung der Varizen, von Siegmund Schoenhof, D. Derm. Kl. Prag. (M. Kl., 1924, Nr. 51, S. 1806—1808.) 1%ige Argochromlösung ist geeignet, festhaftende Thromben zu erzielen und das Sublimat zu ersetzen.
E. Levin-Berlin.

Über Varizenbehandlung mit den Linserschen Sublimatinjektionen, von F. G. Meyer-Schöneberg b. Berlin. (D. m. W., 1924, Nr. 52, S. 1832.) Die Injektionsmethode nach Linser zeitigt befriedigende Resultate. Ernstliche Zufälle können vermieden werden, wenn die von einzelnen Autoren angegebenen Vorschriften befolgt werden. Von der Injektion in einen Varixknoten wird abgeraten, ebenfalls von der Einspritzung in die Nähe solcher Knoten. Kontraindiziert ist die Behandlungsmethode bei Arteriosklerose, Diabetes, Ekzem, Nierenkrankheiten. Eine Kontrolle des Urins ist unbedingt nötig. Die Zahl der Injektionen hängt von der Schwere des Falles ab. Neuerdings verwendet Linser statt 0,01 Sublimat 5—10 ccm einer 15—20%igen NaCl-Lösung zur Verödung einer Vene.
F. Harry-Wiesbaden.

Die Behandlung von Krampfadern, von Linser, Univ.-Hautkl. Tübingen. (Ther. d. Gegenw., 1925, H. 1, S. 19.) Die Resultate der intravenösen Thrombosierung der Krampfadern sind nach den Erfolgen, die Verf. seit 1911 an einem Material von mehr als 6000 Fällen verzeichnen kann, ganz ausgezeichnet. Die häufig ausgesprochene Befürchtung der Emboliegefahr durch abreißende Thromben hat die Praxis nach Ansicht des Verf. widerlegt. An der Linserschen Klinik wird jetzt wegen der, wenn auch nur gelegentlichen, leichten Hg-Intoxikation Sublimat nicht mehr verwandt, sondern seit $1^1/_2$ Jahren nur Kochsalzlösung, und zwar steigend von einer 15%igen (bei Jugendlichen) bis zu einer 30—40%igen NaCl-Lösung. Injektionsdosis 4—5 ccm pro mittlere Krampfader. Man kann zwar 4—5 Adern in einer Sitzung veröden, soll aber vorsichtig sein und nicht zuviel in eine Extremität injizieren (Ödemgefahr). Die Behandlung ist ambulant. Nach den Einspritzungen häufig schmerzhafter Krampf, anscheinend durch Kontraktionen der glatten Venenmuskulatur infolge der starken Salzlösung. Für die Technik ist noch erwähnenswert, daß vor der Injektion die Venen durch Streichen möglichst blutleer zu machen sind, am besten ist es, die Blutzufuhr distal von der Injektionsstelle abzuklemmen. Wo ganz große Varizen mit sehr dünner Hautbedeckung, wie an der Tibiakante, vorhanden sind, soll man distal dieser Stelle einspritzen, um Hautnekrosen zu vermeiden. Gelegentliche Gewebsschädigungen in der Umgebung der Venen sind belanglos und mit heißen Sandsäcken bald heilbar. Die einzigen Gefahren dieser Therapie sind nach Verf. nur perivenöse Nekrosen bei nicht streng intravenöser Injektion.
F. Jacobsohn-Berlin.

Behandlung der Varizen und Hämorrhoiden mit thrombosierenden Einspritzungen (Traitement des varices et des hémorroides au moyen des injections sclérosantes), von G. Coudray. (J. de Méd. de Paris, 1924, Nr. 43, S. 904—907.) Von verschiedenen Mitteln werden bevorzugt: Natr. salicyl. 1.8, Novokain 0,05, Aqu. dest. 6,0 und Chinini muriatici 0,4, Urethan 0,2, Aqu. dest. 3,0. Ersteres ist etwas stärker ätzend. Die Einspritzungen werden im Stehen in zentripetaler Richtung — unter Kompression der Vene ungefähr 10 cm von der Injektionsstelle entfernt — vorgenommen. Für jede Stelle $^1/_2$—1—2 ccm je nach der Ausdehnung des Gefäßes, die Flüssigkeit nach beiden Richtungen verstreichen, die Stelle fest komprimieren. In jeder Sitzung können 8 bis 10 Einspritzungen von zusammen 6 ccm gegeben werden, weitere Serien nach 3—4 Tagen. Man muß versuchen, möglichst einen Hauptstamm zu treffen. Beschwerden kommen nach den Einspritzungen kaum vor, Komplikationen sind selten, auch Schorfbildung bleibt aus, wenn die Einspritzungen genau intravenös ausgeführt werden und unmittelbar danach fest komprimiert wird. Gleich gute Erfolge bei Hämorrhoiden. E. Levin-Berlin.

Nachdruck (auch des Abschnittes „Tagesg. Nachr.") ist ohne Genehmigung des Verlegers nicht erlaubt.

Verantwortlich für die Redaktion: für Originalabhandlungen und T. N.: Prof. Dr. J. H. Rille, Leipzig. Für den Referatenteil: Dr. M. Unna, Hamburg-Bergedorf.

Digitized by Google

Dermatologische Wochenschrift

Nr. 20 (Bd. 80) 16. Mai 1925

Aus der Klinik für Hautkrankheiten von Prof. P. G. Unna in Hamburg.

Über Chilblainlupus.

Von

Dr. F. M. Peter, Assistent.

Mit 2 Abbildungen im Text.

Den Ausdruck Chilblainlupus (Ch.-L.) hat Hutchinson geprägt und das Krankheitsbild in seinen Archives of Surgery 1892 folgend beschrieben[1]):

„Der Fall war interessant insofern, als er eine Mischung von gewöhnlichem Lupus und Lupus erythematodes in Verbindung mit einer Narben hinterlassenden Eruption der Haut zeigte. In der Familie war vielfach Phthisis pulmonum vorhanden. Die Pat. ist immer zart gewesen und wies im allgemeinen schwache Zirkulation auf. Ihre Hände boten ein eigentümliches Aussehen, indem die Finger mit kleinen roten Fleckchen bedeckt waren, in deren Mitte sich weiße deprimierte Narben zeigten. Diese Fleckchen standen in Gruppen, besonders reichlich am Handgelenk und auf der ulnaren Seite der Finger. Der Herd auf der Wange ist seit vier Jahren vorhanden, bestand vorwiegend in erythematösen Flecken, die in Narben übergingen. Pat. neigte zu Frostbeulen an den Füßen, und auch ihre Hände waren bei kaltem Wetter immer schlechter, d. h. die Finger wurden durch Kälte dunkler, die Nägel exfoliiert und entzündet. Der Tod erfolgte durch Typhus.“ Zwei weitere Fälle betrachtet Hutchinson zwar unter demselben Gesichtspunkt, gebraucht den Ausdruck Ch.-L. aber allein für den zitierten Fall. Doch sind der Beschreibung nach auch diese beiden unter das gleiche Krankheitsbild zu rechnen.

Ungefähr 20 Jahre später befaßt sich Ehrmann mit dem Krankheitsbild und gibt ihm klinisch und vor allem histologisch feste Grenzen. „... er (Ch.-L.) ist eine mit akneiformen Tuberkuliden und Lupus erythematodes zusammenhängende Hautveränderung in Verbindung mit pernioartigen Gefäßdilatationen der Hände und des Gesichtes...“ Die Art der Veränderungen setzt Verf. wegen der gleichen Symptome, den bei isolierten akneiformen Tuberkuliden der übrigen Haut vorhandenen in Parallele. Histologisch fand Ehrmann bei den älteren Herden bis in das Niveau des Talgdrüsenfundus greifende Nekrosen, zwischen den nekrotischen Stellen eine starke Erweiterung des subpapillaren Venen- und Arteriennetzes sowie einen Infiltrationsmantel aus mononukleären Leukozyten. In der Tiefe frisch thrombosierte Venen. Die Epidermis zeigt leichte Akanthose und deutliche Hyperkeratose, welche Erscheinungen bei den ältesten nicht nekrosierenden Plaques am ausgeprägtesten waren. Im Papillarkörper selbst Ödem, ohne zellige Infiltration. Die Blutgefäße haben unterhalb der Papillen deutliche

[1]) Im Auszug wiedergegeben.

Digitized by Google

Infiltrationsherde mit zahlreichen neugebildeten Kapillargefäßen. Die Kapillarschlingen bis auf das vierfache der Norm erweitert, dünnwandig, zumeist strotzend mit Blutkörperchen gefüllt. Plasmazellen fand Ehrmann nur an der Stelle, die er als die älteste anspricht, Epitheloid und Riesenzellen fehlten. Dem Mißverhältnis der durch Rundzellinfiltrate eingeengten Gefäße des Stratum reticulare zu den enorm erweiterten Kapillarschlingen weist Verf. eine ausschlaggebende Bedeutung für das Zustandekommen der klinischen Erscheinungen (Stase) zu. Bezüglich der Ätiologie des Krankheitsbildes kommt Ehrmann auf Grund der klinischen Erscheinungen, wie auch des histologischen Befundes zu dem Resultat, daß der Ch.-L. der Tuberkulose nahe steht. Im Gegensatz hierzu vertritt Jadassohn die Ansicht, daß Tuberkulose nicht immer, sondern nur manchmal ätiologisch in Frage kommt.

Ehrmanns Ansicht, daß dem Ch.-L. eine tuberkulöse Ätiologie zukommt, wird durch die fünf Fälle gefestigt, die F. Fischl veröffentlicht. Drei der Pat. hatten eine Phthisis pulmonum; bei zwei der Fälle bestand innere Tuberkulose in der Familie, bei allen waren Moro und Pirquet positiv. Der Ch.-L. kam also entweder mit Tuberkulose zusammen vor, oder die Tuberkulinreaktionen waren ausgesprochen positiv, bei nachgewiesener Tuberkulose in der Familie. Histologisch findet Fischl bei sonst gleichen Befunden im Gegensatz zu Ehrmann Epitheloid- und Riesenzellen, die allerdings nur selten in den Nekroseherden sitzen. Auch er kommt zu dem Schlusse, daß Ch.-L. eine Kombination bzw. Zwischenform von Lupus erythematodes und papulonekrotischem Tuberkulid darstellt.

Ein anderer Krankheitsbegriff, der zu zahlreichen Verwechslungen mit dem Ch.-L. Anlaß gegeben hat, ist der des Lupus pernio Besnier-Tenneson. Da beide Krankheitsbezeichnungen in verschiedenen Sprachen wörtlich dasselbe ausdrücken, so lag es nahe, sie auch wechselseitig zu gebrauchen. Dies ist tatsächlich geschehen, und es ist in der Literatur wie in den Lehrbüchern bis heute keine strenge Scheidung erreicht worden, obwohl Ch.-L. und Lupus pernio im Wesen verschiedene Krankheiten sind. Es sei deshalb hier auch kurz auf den Lupus pernio eingegangen.

Besnier, der 1884 den Begriff aufstellte, wollte damit ursprünglich eine Abart des Lupus erythematodes bezeichnen. Seine heutige Bedeutung gab ihm erst Tenneson; weitere Fälle beschreiben Ehrmann, Kreibich und andere. Als Hauptsymptome werden hervorgehoben die erbsen- bis walnußgroßen und noch größeren, mehr oder weniger scharf umschriebenen, zuweilen ganz tumorartigen Bildungen, die teils auf der Nase und den Wangen lokalisiert sind, teils auf dem Dorsum manus und auf den Fingerbeeren sowie am Dorsum pedis und den Zehenballen vorkommen. Ihre Farbe ist blauviolett und ist der Krankheitsverlauf dadurch gekennzeichnet, daß die infiltrativen, plattenartigen Granulationsgeschwülste jahrelang unverändert fortbestehen und zu keiner regressiven Metamorphose neigen. Histologisch zeigen sich scharf umschriebene Zellhaufen, die namentlich im tiefen Korium, in der Höhe der Schweißdrüsen zu größeren Komplexen zusammentreten und zumeist aus Epitheloid-

Digitized by Google

zellen bestehen. Auch Riesenzellen werden von verschiedenen Autoren beschrieben.

Den Kernpunkt der weiteren Publikationen über Lupus pernio bildet die Frage, ob das Besnier-Tennesonsche Krankheitsbild in Zusammenhang mit Tuberkulose zu bringen ist oder nicht. Die Meinungen gehen dabei sehr auseinander. Jarisch und Jadassohn bringen den Lupus pernio in enge Beziehung zum Lupus vulgaris id est zur Tuberkulose. Gegenteiliger Ansicht sind Hecht, Klingmüller, Kreibich und speziell Zieler, die trotz verschiedener kleiner Differenzen im wesentlichen den Lupus pernio als eine Erkrankung sui generis aufgefaßt wissen wollen, was sie durch Bezeichnungen wie Granuloma pernio oder Erythema pernio (Zieler) und Lymphogranuloma pernio (Kreibich) auch zum Ausdruck bringen. Lewandowsky vermittelt mit seiner Ansicht, daß außer Tuberkelbazillen und ihren Toxinen auch noch andere, uns heute noch unbekannte Erreger das Krankheitsbild des Lupus pernio hervorrufen können. Weitere Veröffentlichungen stammen von Muschter, Lippert und anderen, die röntgenologisch zystische Hohlräume in den Phalangealknochen feststellen konnten, welche in Zusammenhang mit der Hautaffektion stehen. Die tuberkulöse Natur des Lupus pernio wird in diesen Arbeiten für wahrscheinlich gehalten. Endlich muß noch Nobls Studie erwähnt werden, die drei Fälle eigener Beobachtung zum Ausgangspunkt nimmt. Bei zwei von ihnen war weder anamnestisch und klinisch, noch histologisch und bakteriologisch ein Anhaltspunkt für Tuberkulose zu finden, und schließt sich Verf. für diese „Gruppe der dem Lupus pernio unterstehenden Äußerungen" jenen Autoren an, die den Zusammenhang von Lupus pernio und Tuberkulose ablehnen. Die vorhandenen Auftreibungen der Metakarpal- und Phalangealknochen charakterisiert er als von der spesifischen Spina ventosa wesentlich verschiedene Veränderungen. Hingegen wird von ihm für den dritten Fall, dessen Lupus pernio mit Lupus vulgaris kombiniert war, eine spezifische Ätiologie für sehr wahrscheinlich erachtet und eine besondere Keimarmut und Virulenzschwäche der spezifischen Erreger für diese Lupus-pernio-Gruppe als wahrscheinlicher ätiologischer Faktor angenommen.

Vergleicht man nun die beiden Krankheitsbilder, den Ch.-L. und den Lupus pernio, so ergeben sich so wesentliche Differenzen, daß ihre scharfe Unterscheidung wohl angezeigt erscheint. Schon das klinische Bild ist ein anderes, indem die viel größeren blauvioletten, meist gut abgrenzbaren Granulationsgeschwülste des Lupus pernio in scharfem Gegensatz stehen zu den oft erythematösen, oft mit Komedonen besetzten oder akneiformen Tuberkuliden gleichenden viel kleineren Effloreszenzen des Ch.-L. Auch die Lokalisation ist nicht die gleiche, indem der Lupus pernio meist im Gesicht auftritt, an den Händen aber die Fingerbeeren bevorzugt, während der Ch.-L., bedingt durch die ihn charakterisierende vasomotorische Störung, vorzüglich jene Stellen aufsucht, die dieser Beeinträchtigung am meisten ausgesetzt sind, wie Ellbogen, Fingerknöchel, ulnare Kante der Hände, Fingerrücken usw. Ein weiterer grundlegender Unterschied besteht im Krankheitsverlauf selbst, da der Lupus pernio jahrelang ohne Einschmelzung und unbeeinflußbar fort-

Digitized by Google

besteht, während wir beim Ch.-L. immer eine Nekrobiose mit nachfolgender typischer Narbenbildung feststellen können. Auch in der Reaktion auf Alttuberkulin differieren die beiden Krankheiten, denn der Ch.-L. gibt immer eine starke Reaktion, die nach ZIELER beim Lupus pernio fehlt. Schließlich kommen dazu noch die großen histologischen Unterschiede. Beim Ch.-L. beherrschen die Gefäßveränderungen mit ihren Folgen das ganze Bild, die Infiltrationen sind ebenfalls perivaskulär; Riesenzellen fehlen vollständig (nur FISCHL konnte solche vereinzelt feststellen), Epitheloidzellen sind äußerst selten. Beim Lupus pernio bestehen die scharf umschriebenen, alveolär gebauten, tumorartigen Herde gerade aus Epitheloidzellen und werden Riesenzellen verschiedentlich angegeben. So konnte auch EHRMANN, der sich in der mehrfach zitierten Arbeit „Was ist Chilblainlupus HUTCHINSON und was Lupus pernio BESNIER-TENNESON" als erster mit der Trennung der beiden Krankheitsbilder beschäftigte, zu dem Schluß kommen, daß hier zwei verschiedene Krankheiten vorliegen, indem der Ch.-L. eine wesentlich andere Erkrankung darstellt: „die mit dem Lupus vulgaris keine Ähnlichkeit hat, eher dem Lupus erythematodes nahe kommt und höchstwahrscheinlich die Übergangsform zwischen akneiformem Tuberkulid und Lupus erythematodes bildet, und, wie es jetzt scheint, immer mit Tuberkulose vergesellschaftet ist.

Den bekannten Fällen soll hier ein weiterer beigefügt werden, der trotz ambulanter Behandlung klinisch und histologisch genau bis zu seiner völligen Heilung beobachtet werden konnte und daher einiges Interesse bieten dürfte.

Frau Else Kl., 27 Jahre, verheiratet. Familienanamnese ohne Belang. Pat. war sehr viel krank. Schon in frühester Kindheit dreimal Lungenentzündung. In der Schulzeit erfror sie sich die Füße und leidet seitdem an Frostbeulen, die vor drei Jahren vereiterten. Mit neun Jahren Eiterung des linken Ohres von langer Dauer. Gehör links seitdem schlecht. Ein Jahr später Beginn einer sieben Jahre dauernden Augenaffektion; die Augen brannten und drückten und waren morgens immer verklebt. Nach verschiedentlicher Behandlung Heilung. Nur an den Lidern auch jetzt noch manchmal Jucken. Die Ärzte sagten ihr damals wiederholt, daß sie skrophulös sei. Mit 18 Jahren vergrößerten sich die Drüsen unter dem Kinn und auf der linken Halsseite. Unter Behandlung zwar Besserung, aber kein vollständiger Rückgang. In der letzten Zeit wiederum Vergrößerung der Halslymphdrüsen. Husten nur selten, hingegen öfters Nachtschweiße. Im Jahre 1923 war Frau Kl. mit langwierigem Blasen- und Nierenleiden fünf Wochen bettlägerig.

Im Winter 1915 erfror sich Pat. die Hände und bekam Frostbeulen, die im folgenden Jahre in verstärktem Maße auftraten. Trotz Behandlung erfolgte erst im Herbst 1921 Heilung. Während des Winters 1923/1924 entstanden auf der Streckseite der Ellbogen und besonders auf dem Rücken der Hände und Finger wie am Kleinfingerballen kleine rote Flecke, die etwas juckten. Teils heilten diese mit Hinterlassung von scharf umschriebenen Narben ab, teils vergrößerten sie sich und wuchsen zu kleinen Knötchen an, bis sie schließlich ihre heutige Form erreichten. Außer dem erwähnten Jucken wurden keine subjektiven Beschwerden wahrgenommen. Ungefähr zur selben Zeit, wahrscheinlich schon etwas früher, begann das Auftreten von zahlreichen kleinen Knötchen und „Pickeln" im Gesicht, besonders in der Stirnregion. Der Herd auf der linken Nasenseite hingegen hat sich erst in letzter Zeit in seiner heutigen Gestalt gebildet.

Zwei Kinder, von denen das eine an Lungenentzündung einjährig starb, das andere, bisher gesunde, sich im Januar 1925, vierjährig, mit einem Lichen scrophulosorum vorstellte. Ein Abortus nach dem ersten Kind. Menses regelmäßig, seit der Blasen-Nierenerkrankung bedeutend schwächer. Der Mann ist gesund.

Digitized by Google

Status praesens vom 20. Juli 1924: Mittelgroße, schwächliche, leicht anämische Pat. von mäßigem Ernährungszustand.

Die interne Untersuchung ergibt leichte Abschwächung des Atemgeräusches über beiden Lungenspitzen, verschärftes Inspirium besonders links. Perkutorisch geringe Schallverkürzung über der linken Lungenspitze.

Röntgenologisch wird ein Schatten über beiden Spitzen und eine Vergrößerung der Hilusdrüsen konstatiert.

Interne Diagnose: Abgeklungene beiderseitige Spitzenaffektion; ob ein akuter Prozeß derzeit vorhanden ist, läßt sich nicht mit Sicherheit konstatieren.

Status dermatologicus: Der erste allgemeine Eindruck, den die Haut der Pat. macht, ist der einer zarten, dünnen, blassen, leicht fahlen Epidermis. Der behaarte (dunkelbraune Haarfarbe) Kopf zeigt Seborrhoe.

Abb. 1 zeigt die typischen Effloreszenzen des Ch.-L. im Gesicht: an der Stirnhaargrenze, über den Augenbrauen in der Nasenlabialfalte und auf der Nasenspitze.

Die Primäreffloreszenz der zu beschreibenden Affektion äußert sich in kleinen leicht lividroten Flecken, die fast ohne subjektive (nur leichtes Jucken) Beschwerden allmählich entstehen und stecknadelkopf- bis erbsengroß werden. In ihrer weiteren Entwicklung heilen sie entweder mit Hinterlassung von Narben, oder sie werden papulös, nehmen eine mehr lividrote Farbe an und wachsen auch in ihrer Zirkumferenz noch etwas. Doch werden höchstens bis einpfennigstückgroße Papeln beobachtet. Ihre Konsistenz ist mäßig hart. Eine gewisse Gruppierung ist insofern zu konstatieren, als sich die Effloreszenzen besonders an den Armen ziemlich streng an Ellbogen (Streckseite), Dorsum der Hand und ihre sonstigen typischen Lokalisationsstellen halten und hier in kleineren und größeren Gruppen zusammenstehen. Doch kann man, selbst wenn sie sehr nahe aneinanderrücken, immer noch die einzelnen Papeln unterscheiden. Die Abheilung der beschriebenen Effloreszenzen erfolgt meist in Form von deprimierten wie ausgestanzten, blassen Narben, deren Umgebung eine gewisse Vermehrung der Pigmentation zeigt, wodurch die Narben um so deutlicher hervortreten.

Doch sahen wir speziell unter der noch zu erwähnenden Therapie auch eine Rückbildung ohne Narbe, speziell bei kleinen Papeln und fleckförmigen Effloreszenzen.

Die genaue Verteilung der Krankheitsherde bei unserem Fall ist folgende. An der Stirnhaargrenze (Abb. 1) kleine, leicht lividrote Flecke, die teilweise schon eine papulöse Umwandlung zeigen und bis auf die Mitte der Stirn reichen. In geringem Maße ähnliche Erscheinungen auch über beiden Augen und an den Ohrmuscheln. Die Augenlider sind

Digitized by Google

beiderseits, besonders aber links leicht gerötet und die Lidränder von kleinen Krusten bedeckt (Ekzem). Auf der linken Seite der Nase, bis in die Nasenfurche reichend, eine Gruppe der oben beschriebenen lividroten, papulösen Effloreszenzen, doch sind dieselben hier größer und auch in ihrer Konsistenz härter als auf der Stirn. Die Nase ist großporig und hat zahlreiche Komedonen. Ungefähr in der Mitte der Oberlippe Sitz eines Herpes-labialis-Bläschen. Die Unterlippe ist spröde und rissig. Am Hals (Abb. 1) wölbt sich links ein von der Klavikula bis zum Processus mastoideus ausgebreitetes, hartes, aber nicht schmerzhaftes Drüsenpaket wulstartig vor. Auch die Nackendrüsen sind palpabel und vergrößert. Die rechte Halsseite ist frei. In den Axillen werden beiderseits nußgroße Drüsen getastet; hingegen sind die Kubitaldrüsen nicht zu fühlen. Der Stamm ist von Hauterscheinungen frei, ebenso geben die Beine keinen erwähnenswerten Befund.

Die Arme sind der Hauptsitz der Erkrankung, und beide zeigen bei stärkerem Befallensein des linken Armes (Abb. 2) an den Streckseiten der Ellbogen mehrere bis einpfennigstückgroße Herde, die lividrot, papulös erhaben eine gewisse Tendenz zum Konfluieren aufweisen, indem sie so nahe aneinander herangetreten sind, daß die einzelnen Papeln nicht mehr allseits von normaler Haut umgeben sind, sondern aneinander grenzen (Abb. 2). Die Konsistenz der Herde ist die eines chronisch infiltrierenden Prozesses. Dazwischen sind vereinzelte deprimierte Narben in beschriebener Form und Farbe zu konstatieren.

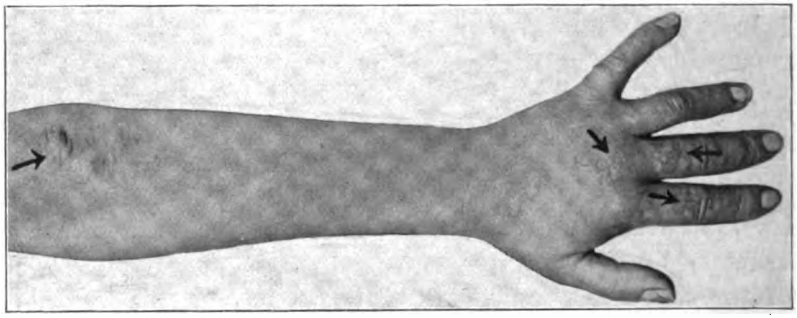


Abb. 2. Papeln und scharf konturierte, eingesunkene Narben, die typischen Erscheinungen des Ch.-L. an den für sie charakteristischen Stellen.

Bei den Händen (Abb. 2) fällt zuerst die Schwellung und zyanotische Rötung auf, so daß die Finger plump und unförmig erscheinen. Die stärker betroffene linke Hand weist am Handrücken, in der Verlängerung des Mittelfingers proximal einen fünfpfennigstückgroßen dunkellividroten Herd auf, der, über das Hautniveau erhaben, sich hart anfühlt und gegen die Umgebung ziemlich scharf begrenzt ist. Auch hier ist das Konfluieren aus ursprünglich kleinen Knötchen, so wie das Pat. angibt, deutlich zu erkennen. Proximal sind drei erbsengroße, erst in der Entwicklung befindliche Herde angelagert. Weiter sind, wie aus der Abb. 2 ersichtlich, ein größerer Herd auf der Grundphalanx des Mittelfingers wie auch kleinere auf der des Ring- und Zeigefingers vorhanden. Auch am Mittelfinger kann man gut erkennen, daß der Herd aus mehreren ursprünglich getrennt sitzenden papulösen Effloreszenzen entstanden ist, und hier sind scharfumschriebene, deutlich deprimierte Narben besonders auffällig und gut zu erkennen. Hier war nach Angaben der Pat. eine der ersten Effloreszenzen lokalisiert. Weitere Narben haben sich am Zeigefinger entwickelt. Auch auf der Streckseite der Arme sind einzelne dieser Narben vorstreut. Der kleine Finger, besonders dessen Außenseite, ist von zahlreichen größeren und kleineren Effloreszenzen bedeckt und finden sich hier die verschiedenen Entwicklungsstadien der Krankheit schön nebeneinander. Einen ähnlichen Befund finden wir an der rechten Hand, die aber bedeutend weniger betroffen erscheint. Hier ist die Außenseite des kleinen Fingers am meisten erkrankt, indem sich da wieder durch Zusammentreten einzelner Papeln größere Herde bilden, während die Dorsalseiten der übrigen Finger nur kleine, hier oft nur erythematöse Hauterscheinungen tragen.

Digitized by Google

WR negativ.

Pirquet am linken Oberarm stark positiv. Pat., die in ambulanter Behandlung stand, gibt an, am Tage der Reaktion Abendtemperatur gehabt zu haben.

Die Therapie gestaltete sich anfangs schwierig, da Pat. einerseits nicht regelmäßig zur Behandlung erscheinen konnte, andererseits keiner Krankenkasse mehr angehörte und ihr die Auslagen für jedes Medikament schwer fielen. Es wurde ihr daher geraten, sich mit einem Brennglas die einzelnen Herde auszubrennen, während die Lymphdrüsen mit Ichthyolguttaplast behandelt wurden.

12. VIII. 1924. Die eingeschlagene Therapie war insofern von Erfolg begleitet, als die Schwellung der Finger sichtlich zurückgegangen ist, kleine Knötchen ganz geschwunden sind und sich die größeren Herde etwas abgeflacht haben.

10. IX. 1924. Pat. war vier Wochen auf dem Land und hat in dieser Zeit die kranken Stellen der Hände fleißig gebrannt. Der Erfolg ist, daß die Finger nun vollkommen abgeschwollen sind und viele der früheren Herde sich als scharf konturierte wie ausgestanzte Narben zeigen. An den Kleinfingerkanten, die Pat. außer acht ließ, ist der Status unverändert bzw. sind noch neue Knötchen hinzugekommen. Die nicht behandelten Ellbogen haben sich verschlechtert; einerseits sind die alten Herde vergrößert, andererseits sind verschiedene neue Stellen erkrankt. Auch auf der rechten Nasenseite und der Stirne sind einige neue Herde zu bemerken. Da Pat. nun imstande ist, sich regelmäßig vorzustellen, wird im Sinne Fischls mit einer Alttuberkulinkur begonnen. Äußerlich werden alle erkrankten Partien mit einem 10%igem Ichthyolspiritus behandelt.

25. X. 1924. Unter der eingeschlagenen Therapie ist eine entschieden günstige Beeinflussung des Krankheitsbildes zu konstatieren. Die meisten der erkrankten Partien sind in Rückbildung begriffen, wobei hervorzuheben ist, daß kleine Papeln und speziell die erythematösen Krankheitsherde sich unter der Therapie ohne Narben zurückbilden. Nur am Kleinfingerballen der linken Hand sind zwei neue Herde im Entstehen.

4. XII. 1924. Trotz der kalten Witterung sind die Hände nun bis auf die sehr hartnäckigen Erscheinungen an den ulnaren Kanten der Hände als geheilt zu betrachten. Die Finger sind bis auf die Narben der Fingerrücken ohne Erscheinungen. Die Herde im Gesicht restlos verschwunden, und nur noch mehrere kleine Narben auf der Nase und in der linken Nasolabialfalte zu sehen. Auch an den Ellbogen hat die Heilung gute Fortschritte gemacht; der Großteil der Papeln ist in Narben übergegangen, der kleine Rest ist sichtlich abgeflacht und weich.

10. I. 1925. Pat. war längere Zeit der Behandlung fern geblieben und hatte auch die sonst täglichen Pinselungen mit Ichthyolspiritus ausgesetzt. Geringe Verschlechterung in Form von einigen neu aufgetretenen Effloreszenzen an der Außenkante des kleinen Fingers links, während die noch vor einem Monate an den beiderseitigen Kleinfingerballen vorhandenen Effloreszenzen abgeheilt sind. Auf neuerliche Behandlung schneller Rückgang der neu aufgetretenen Papeln, so daß Pat. am 10. II. 1925 als geheilt aus der Behandlung entlassen werden konnte.

Der an zwei Meerschweinchen angestellte Tierversuch verlief insofern negativ, als eine Infektion der geimpften Tiere mit Tuberkelbazillen nicht nachgewiesen werden konnte.

Zur histologischen Untersuchung gelangten zwei Stücke, und zwar eine zu Beginn der Behandlung aus der Streckseite des rechten Ellbogens exzidierte alte Effloreszenz und eine zweite, während der Behandlung frisch aufgetretene Stelle vom linken Handrücken. Die Befunde waren gleich, nur daß bei der jungen Papel die Krankheitserscheinungen nicht so ausgeprägt waren wie bei der älteren Effloreszenz.

Zwei Erscheinungen stechen im Übersichtsbild hervor, einmal die Veränderungen an den papillären und subpapillären Gefäßen, dann aber ein großer und mehrere kleine nekrobiotische Herde der Kutis. Der große Herd ist von einem Wall mit basischen Farbstoffen stark färbbarer Zellen begrenzt und nimmt selbst gegen das Zentrum zu immer weniger Farbe auf. Die kleineren Herde zeigen verschiedene Stadien der Degeneration und sind über den ganzen Schnitt un-

Digitized by Google

regelmäßig verteilt. Die papillaren und subpapillaren Gefäße sind außerhalb des Herdes, in dessen Bereich man sie nicht mehr agnoszieren kann, erweitert, die Wände verdickt, die Lumina klaffend, und erst in späteren Stadien zeigt sich eine Verengerung des Lumens, die endlich zum Verschluß führt. Dagegen treten die Veränderungen des Epithels zurück. Sie äußern sich in einer atypischen Akanthose, mäßiger Hyperkeratose, und nur an manchen Stellen greifen die Veränderungen der Kutis auch auf das Epithel über, was sich durch schwächere Färbung dieser Zellen und geringe Zellinfiltration äußert. Endlich fallen die großen, tief ins Epithel einragenden Hornpfröpfe ins Auge.

(Schluß folgt.)

Zur Ursache des Ekzems der Bäcker.

Von

Dr. Herbert Mühlpfordt in Allenstein.

1842 hob Cless (1) in einer Krankheitsstatistik die Häufigkeit der Hautausschläge bei Bäckern hervor, welche die aller anderen Handwerker weit überwiege. Dies wird noch 1861 von Hannover (1) für Kopenhagen bestätigt.

Was damals Geltung haben mochte, ist heute durch den inzwischen erfolgten Aufschwung auf allen Gebieten der Technik längst überholt, besonders in Industriegegenden sieht der Dermatologe heute weit mehr Ekzeme bei Angehörigen anderer Gewerbe. So befinden sich auch in der Statistik über die Häufigkeit der Gewerbeekzeme bei Weyl (2) die Bäcker ziemlich weit oben. Erwähnt sei hier auch Epsteins (2) Statistik, nach der von den untersuchten Bäckern fast genau so viele an Gewerbeekzem wie an anderen Hautkrankheiten (ohne Lues) litten.

Fragt man nach den Ursachen des Pruritus und der Ekzeme der Bäcker, so wird mancherlei angegeben. Willan (1) sah die „Bäckerkrätze" als einen Ausbruch der „Psoriasis diffusa" an, die zwar auch Leute in anderen Berufen befalle, aber durch die Beschäftigung der Bäcker verschlimmert werde. Bateman (1) nennt speziell die Hautausschläge der Bäcker „Psoriasis pistoria", und ihre Ursache sei der Staub, in dem die Bäcker arbeiten. Erst Hebra räumte mit dieser Psoriasisanschauung auf. Heute wird von den einen (Lesser [3] u. v. a.) die strahlende Hitze vom Backofen als Ursache angesehen, erklärt doch Epstein (2) sogar die auffallende Blässe der Bäckereiarbeiter mit den hohen Temperaturen von 35—45° in der Backstube (vasomotorische Störungen). Dem gegenüber betont K. Uhlmann (1), daß die Haut sich an die strahlende Wärme unter Pigmentierung meist völlig gewöhne. Sachs (4) führt als ursächliche Schädigung neben der strahlenden Hitze den Mehlstaub und das tägliche Umgehen mit dem nassen Teig an.

Den feuchten Teig und die starken Zuckerlösungen sieht auch Blaschko (2) als Ursache der Ekzeme der Bäcker und Zuckerbäcker an. Der Mehlstaub, der sich mit dem Schweiß mischt, wird, wie auch bei

Digitized by Google

Müllern, besonders für akneiforme und follikuläre Dermatosen verantwortlich gemacht. Dem Arbeiten mit Teig, dem Walken und Kneten, also der mechanischen Arbeit, schreibt Oppenheim (1) die Schwielen der Bäcker am kleinen Fingerballen und der Ulnarseite des kleinen Fingers zu, und hierbei sei erwähnt, daß Bernardino Ramazzini (1), der 1633—1714 lebte und als erster den Kreis der Gewerbekrankheiten klar erkannte, von den Bäckern sagt: „Überhaupt haben die Bäcker ungewöhnlich große Hände, eine Erscheinung, die zum Teil von Teig herrühren mag, den sie bearbeiten." Wenn dieser tüchtige Arzt mit dieser durchaus ernst gemeinten Ansicht wohl auch in der Einschätzung der Wirkung mechanischer Arbeit mit dem Teig über das Ziel hinausschoß, so beweist es doch, welchen Wert man damals und später der mechanischen Wirkung zuschrieb.

Wieviel mehr mußten da erst die chemischen Eigenschaften des Teiges wirksam werden! In der Tat hat man besonders für die eigentlichen Ekzeme Bestandteile des Teiges verantwortlich gemacht, so nennt de Jong (5) die Hefe, das Mehlprotein, Parasiten im Mehl und die Mehlverbesserer (Kalziumpersulfat und Nitrite): Untersuchung von Mehl auf Parasiten ergab stets ein negatives Resultat, Hefe und Mehlprotein können die ursächliche Schädigung nicht sein, da derartige Ekzeme wie bei Bäckern, bei Müllern nicht vorkommen. de Jong fand aber, daß die in 3,6 %iger wäßriger Lösung zu dem Mehl zugesetzten Mehlverbesserer durch das Kneten, besonders bei Arbeit am Ofen und bei Idiosynkrasie, die Ursachen des Bäckerekzems der Hände sind. Deshalb erkranken die Bäcker in Maschinenbäckereien nicht.

Dies veranlaßte mich bei dem 21jähr. Bäckergesellen H. N., der seit etwa $^3/_4$ Jahr bei mir wegen hartnäckigen Ekzems der Hände in Behandlung stand, nach einer derartigen Ursache zu forschen. Aus der Krankengeschichte sei der Kürze halber nur erwähnt, daß das Ekzem seit 2 Jahren bestand, bereits erfolglos behandelt war, im Beginn mehr papulo-vesikulösen Charakter hatte, bei neuen Schüben jedoch weniger näßte und mehr lichenoiden Charakter annahm und ganz unregelmäßig verteilt an den Handrücken und Streck- und Beugeseiten beider Unterarme saß, ohne jedoch jemals die Grenze der mit dem Teig in Berührung kommenden Haut zu überschreiten. Bei Aussetzen vom Beruf zeigte das Ekzem besonders unter 25 %iger Naftalan-Zinkpaste und Borwachspaste gute Heilungstendenz (während Tumenol und andere Teerpräparate auffallend schlecht vertragen wurden), sobald aber der Kranke wieder tätig war, trat sofort ein erneuter Ausbruch des Ekzems auf.

Ich forschte nach der strahlenden Hitze. Diese konnte ätiologisch hier unmöglich in Frage kommen, da ein neuer akuter Ausbruch in einer Zeit erfolgte, als Pat. seit 4—5 Wochen nicht mehr am Ofen arbeitete. Auffallend aber war es, daß der Meister gerade in jener Zeit bedeutend mehr mit Mürbteig arbeiten ließ, den er zu den Böden neuerdings hergestellter Apfeltorten brauchte. Auf die Frage nach besonderen Zusätzen zum Mehl, hatte mir der Kranke immer nur Kochsalz genannt und für Kuchen außerdem Eigelbfarbe und Kuchengewürzöl. Jetzt kam heraus, daß der Meister in den Mürbteig wie auch in den Pfefferkuchen zur Weihnachtszeit Hirschhornsalz in geringer Menge hineinnahm, das zu Brot-, Semmel- und Kuchenteig nicht verwendet wird.

Ich trug dem Kranken auf, jedes Arbeiten mit Mürbteig durchaus zu vermeiden, mit dem Erfolg, daß das Ekzem unter der genannten Therapie rasch heilte, und, trotzdem der Geselle dabei dauernd mit Brotteig weiter arbeitete, nicht wieder auftrat. Zur Gegenprobe ließ ich den Kranken nur einen Tag nachdrücklich mit Mürbteig arbeiten — am nächsten Tag war das Ekzem am r. Handrücken wieder im Entstehen, am l. Handrücken und Unterarm in größerer Ausdehnung wieder aufgetreten.

Damit war das Hirschhornsalz als Ursache des Ekzems nachgewiesen.

Digitized by Google

Sal Cornu volatile = Ammon. carbonicum pyrooleosum ist ein flüchtiges Salz und wird hergestellt durch Vermischen von Ammon. carbonic. mit brenzlichem Tieröl (Hirschhornöl). Dieses wird durch Rektifikation des durch trockene Destillation tierischer Substanzen (Knochen, Federn u. a.) erhaltenen rohen Tieröls (Ol. animale foetid.) dargestellt und enthält Chinolinbasen, Pyridinbasen, Pyrrol und dessen Homologe, Benzole und Nitrile der Fettsäuren.

In der vom internationalen Arbeitsamt herausgegebenen Liste der gewerblichen Gifte (6) wird das Hirschhornsalz oder -öl nicht aufgeführt. Die genannten Bestandteile sind indessen als Schädlichkeiten für die Haut wohl bekannt. So nennt die erwähnte Liste (6) ausdrücklich das Pyridin und seine Homologe als schädigend für die Haut der Arme und Hände, gewerbliche Vergiftungen mit Pyridinbasen seien aber „äußerst selten". Pyridin befindet sich übrigens auch in der Möbelpolitur (2 % Methylalkohol und ½ % Pyridin in denaturiertem Spiritus) und wäre wohl auch für manches Gewerbeekzem der Tischler verantwortlich zu machen. Was die Fettsäuren betrifft, so beschuldigt McLachlan (7) bei den von ihm untersuchten Metallarbeitern die zum Schneiden der Metalle verwendeten Schmieröle und Schmierpasten, in denen er neben Kupfer in erster Linie die Fettsäuren für die Schädigung der Haut verantwortlich macht. Auch Tischler arbeiten mit Leinöl und Rüböl, die aber nur schädlich wirken sollen, wenn sie ranzig geworden sind (freie Fettsäuren).

Es bliebe noch zu untersuchen, ob das kohlensaure Ammon. an sich ebenfalls die Haut schädigt. Es ist chemisch dem Salmiakgeist verwandt, mit dem es auch seine Flüchtigkeit gemeinsam hat. Dieser wird, wie allbekannt, mit Öl oder Seife gemischt, einerseits wegen seiner Lipoidlöslichkeit (rasche Wirkung), andererseits wegen seiner Flüchtigkeit (nicht zu langes Haften des Reizes) zu hautreizenden Linimenten viel verwendet. Vom Kochsalz nimmt de Jong (5) nach seinen Erfahrungen bei Steinsalzarbeitern ebenfalls eine Hautschädigung an, was die Experimente Riehls und v. Zumbuschs beweisen, die mit Kochsalz- und Sodakristallen sogen. „Vogelaugen" oder „Stieglitze" an den Händen hervorrufen konnten.

Wenn also eine analoge Wirkung des Ammoniumkarbonats theoretisch durchaus möglich ist, so werden wir doch in erster Linie die im Hirschhornsalz vorhandenen organischen Produkte als die Ursache des Ekzems bei meinem Kranken ansprechen müssen.

Natürlich werden wir auch bei diesem Patienten, wie es Unna (8) in seinen Arbeiten über das Ekzem nachdrücklich betont, eine besondere Konstitutionsanomalie der Haut wie bei allen Ekzemen anzunehmen haben, um so mehr, als die anderen Gesellen und Lehrlinge durch denselben Mürbteig nicht geschädigt wurden.

Literatur.

1. Zit. nach Ullmann, Oppenheim und Rille, Die Schädigungen der Haut durch Beruf und gewerbliche Arbeit. Voss, Leipzig 1922. — 2. Weyl, Handb. d. Arbeiterkrankh. Jena 1908. — 3. Lesser, Lehrb. d. Haut- u. Geschlechtskrankh. Berlin 1914. — 4. Sachs, Gewerbliche Dermatosen. Derm. W., 1923, Bd. 76, Nr. 26a. — 5. de Jong, A Suggested Aetiology of Baker's Dermatitis. Lancet, 1923, Bd. 204, Nr. 18. — 6. Liste der gewerblichen Gifte. Jena 1912. — 7. Allison D. McLachlan, A Form of Industrial Dermatitis. Glasgow M. J., 1922, Bd. 97, Nr. 4. — 8. Mračeks Handb. d. Hautkrankh. Wien 1905.

Digitized by Google

Aus der Dermatologischen Universitätsklinik Bern (Direktor: Prof. Naegeli).

Familiärer Typus der Syphilis.

Lupoide Lues bei Mutter und Sohn in gleicher Lokalisation, beim Sohn in Kombination mit Kankroid auf lupoider Syphilis.

Von

Dr. Adrien Schoch, Assistent.

Im Jahre 1907 stellte Jadassohn in der Deutschen dermatologischen Gesellschaft zwei Schwestern mit kongenitaler Syphilis vor, welche bei beiden Patientinnen ganz analoge Manifestationen verursacht hatte, nämlich gummöse Adenitiden an den Hals- und Unterkieferdrüsen im Anschluß an gummöse Lues im Bereich des Gesichtes. Er hatte damals diese Erscheinung mit dem Ausdruck „familärer Typus der Lues" belegt, womit vermutlich auf die Möglichkeit eigenartiger familärer Terrainverhältnisse hingewiesen werden sollte. Soweit wir sehen, ist seither nichts Ähnliches veröffentlicht worden. Zweifellos sind solche Beobachtungen nicht häufig. Aber es kommt ihnen u. a. ein so großes allgemein pathologisches und immunbiologisches Interesse zu — wie vielen zuerst nur „bizarr erscheinenden Zufälligkeiten" —, daß wir Gelegenheit nehmen möchten, durch die Publikation eines ähnlichen Vorkommnisses neuerdings die Aufmerksamkeit hierauf zu lenken.

A. Sohn mit höchst wahrscheinlich kongenitaler, lupoider Syphilis und Kankroid.

Anamnese. D. E., 39jähr. Als Kind machte er Lungenentzündung, später Grippe ohne Komplikationen durch. Von andern Krankheiten, insbesondere von Geschlechtskrankheiten oder tuberkulösen Erscheinungen weiß er nichts. Über in der Familie vorgekommene Leiden ist nichts Sicheres zu erfahren (vgl. jedoch unten). Beginn der Hauterkrankung im 15. Lebensjahre mit einem kleinen, schmerzlosen Knötchen hinter dem linken Ohr. Ganz langsames Wachstum innerhalb der nächsten 20 Jahre. Verschlimmerung vor 6 Monaten durch Hinzutreten einer rasch wachsenden Geschwulst.

Allgemeinstatus. Mittelgroßer Mann von etwas schwächlichem Körperbau und mäßigem Ernährungszustand.

Innere Organe klinisch und röntgenologisch ohne Besonderheiten. Reflexe normal. Keine Drüsenschwellungen. Skleren leicht ikterisch, Konjunktiven etwas injiziert. Mundschleimhaut intakt.

Keine Stigmata der kongenitalen Lues weder am Skelett, noch an den Sinnesorganen, noch an der Haut. Genitalien ebenfalls völlig o. B., keine Narben. Puls 70, Temperatur 36,6. Respiration 28. Kein Husten, kein Auswurf. Urin in bezug auf Menge, Farbe, spezifisches Gewicht normal. Kein Eiweiß, kein Zucker, keine Gallenfarbstoffe, Diazo negativ.

WR und SGR positiv.

Lokalbefund. Auf der linken Kopfhälfte bemerkt man eine Hautaffektion, die sich aus drei Einzelherden zusammensetzt. Der erste und älteste Herd befindet sich unmittelbar hinter dem linken Ohr und schiebt sich in den behaarten Kopf vor. Im Zentrum erscheint die Krankheit unter Zurücklassung einer leichten Atrophie und Alopezie gänzlich abgeheilt, wogegen der Rand, der halbkreisförmig mit Konvexität nach hinten das Haarkleid begrenzt, mit gelbbraunen und rotbraunen, zum Teil mit Krusten bedeckten Knötchen besetzt ist. Die Eigenfarbe des Gewebes erscheint gelbbraun; die Konsistenz ist vermindert. An einzelnen Stellen kleienförmige Abschuppung. Eine zweite Erkrankungsstelle wird vor dem linken Ohr konstatiert. Auch hier ist das Zentrum

Digitized by Google

abgeheilt, während am vordern, nach vorn konvexen Rande eine größere Zahl meist isolierter Knötchen vorhanden ist. Einzelne dieser Papeln, deren Beschaffenheit mit derjenigen der zuerst beschriebenen im ganzen übereinstimmt, mit Ausnahme geringerer Krustenbildung, haben sich noch 1—3 cm entfernt vom Rand im Innern des Herdes isoliert erhalten. Und endlich haben wir noch eine dritte Läsion zu erwähnen, die direkt unter dem linken Ohr sitzt in Form eines pflaumengroßen, sich stark vorwölbenden und sehr scharf abgegrenzten Tumors. Die Geschwulst zeigt auf ihrer Oberfläche einen schmierigen Belag und blutet leicht. An ihrem vordern Rand scheinen sich zwei in Rückbildung begriffene Papeln zu befinden. Nach oben stößt die Neubildung an das Ohrläppchen, das gerade noch in den Erkrankungsprozeß hineinbezogen wird.

Die regionären Lymphdrüsen sind fühlbar, zum Teil sogar deutlich vergrößert und indolent.

Diagnose. Sie schwankt zunächst zwischen Lupus vulgaris mit Lupuskarzinom und lupoider Syphilis mit Kankroid. Im erstern Falle würde neben der Tuberkulose eine Syphilis vorhanden sein. Außerdem muß man an die Möglichkeit einer lokalen Kombination zwischen Lues und Tuberkulose denken.

Der äußerst langsame Verlauf der Affektion und die Beschaffenheit der einzelnen Papeln sprachen für Lupus vulgaris, dagegen die Art der Abheilung ohne zentrale Rezidive. Ebenso war das Übergreifen des Exanthems auf den behaarten Kopf viel leichter mit tubero-serpiginöser Lues als mit Lupus vulgaris in Einklang zu bringen.

Wie zu erwarten war, brachte auch die Biopsie keine Klärung der Differentialdiagnose.

Hinsichtlich des Aufbaues der Geschwulst wurde folgendes vermerkt: Die Tumoroberfläche ist stellenweise mit Blut, Fibrin und Leukozyten bedeckt. Der Tumor ist zum Teil papillär gebaut und besteht aus vorschiedenen breiten, vollkommen soliden, netzartig verbundenen glatten Epithelsträngen. Protoplasma hier und da vakuolär. Kerne pyknotisch oder verklumpt. Mitosen häufig. In ganz vereinzelten Strängen sind die Zellen verhornt. Plattenepithelkrebs.

Das histologische Bild der primären Gewebsveränderung der Umgebung wäre etwa folgendermaßen wiederzugeben: Die meist schmalen Stromasepten sind mit Lymphozyten und eosino- und neutrophilen Leukozyten infiltriert. Hier und da sind Zellstränge von Leukozyten durchsetzt. Gelegentlich bilden die neutrophilen Leukozyten größere Häufchen. An einer Stelle in der Tiefe ist eine Lymphdrüse von Tumorgewebe durchsetzt. Ferner finden sich an der Grenze von Korium und quergestreifter Muskulatur typische Tuberkel- mit Langhansschen Riesenzellen. Die quergestreifte Muskulatur und die Exzision aus der Tiefe, welche Stücke der Parotis darstellen, sind frei von Tumorgewebe. Zwischen den Azini starke Infiltrate und Lymphozyten.

Das gesamte Bild zeigt tuberkulöse Struktur. (Pathologisches Institut.)

Der Meerschweinchenversuch fiel negativ aus. Die Tiere blieben gesund. Die biologische Prüfung ergab lokal und am Rücken des Pat. ziemlich starke positive Tuberkulinreaktionen mit Alttuberkulin Koch (Moro 50%; 5 Minuten. Mantoux 1 : 5000. Pirquet rein und 1 : 10, 1 : 100 schwach, 1 : 1000 negativ); lokal mit Moro unwesentlich stärker.

Die Entscheidung brachte die Diagnostik ex juvantibus. Schon nach 14 Tagen einer spezifischen Behandlung mit Jodkali und Neosalvarsan ohne lokale therapeutische Maßnahmen fingen die papulösen Effloreszenzen an flacher zu werden, um innerhalb 4—5 Wochen vollständig und definitiv zu verschwinden.

Damit scheint uns die Lokaldiagnose „lupoide Syphilis" genügend gesichert zu sein.

Unterdessen wuchs leider das schon anfangs exstirpierte und mehrfach nachbestrahlte Kankroid wieder rapid, und der Pat. wurde in desperatem Zustand auf persönlichen Wunsch entlassen.

Während seines Spitalaufenthaltes erinnerte sich der Pat. daran, daß auch seine noch lebende Mutter vor mehr als 20 Jahren in unserer Klinik (damals Prof. Jadassohn) behandelt worden war wegen einer ähnlich lokalisierten Hautkrankheit, die bald nach der Rückkehr in ihre Heimatgemeinde durch ein mitgegebenes Mittel abheilte, um nicht wieder aufzutreten.

B. Mutter (aus dem Jahre 1901) mit lupoider, tubero-serpiginöser Syphilis.

Anamnese. Im Anschluß an eine Geburt vor 7 Jahren zeigten sich vor dem linken Ohr kleine schmerzlose Knötchen, welche langsam aber stetig an Größe und Anzahl zunahmen, ohne aber die Pat. wesentlich zu belästigen. Vor 2 Jahren griff die Affektion über auf die Nase (Nasenrücken und Nasenflügel). Der konsultierte Arzt verschrieb Salben. Der Erfolg war zwar gering, aber der Schmerzlosigkeit wegen schenkte die Kranke ihrem Leiden keine weitere Beachtung, bis vor einigen Tagen ein

Digitized by Google

neuer, etwas größerer, stark schmerzender Knoten auf der Stirn neben dem rechten Auge auftrat.

Das Allgemeinbefinden war nie gestört, P. litt nie an Katarrhen und Husten und kann sich an keine Drüsenschwellungen erinnern. 8 Kinder leben, 7 gestorben (4 Frühgeburten, 3 in jüngeren Jahren), keine Tbc. in der Familie.

Der Allgemeinstatus bietet außer einer mäßigen nodösen Struma nichts Pathologisches.

Lokalstatus. Die Nase einnehmend, nach oben 1—2 cm gegen die Stirn hinaufreichend, nach beiden inneren Augenwinkeln sich hinziehend, auch etwas auf die rechte Wange übergreifend, findet sich eine Affektion von braunroter Farbe; sie ist über das Niveau der gesunden Haut einige Millimeter erhöht. Der rechte Nasenflügel ist narbig eingezogen; dort scheint die Läsion ebenfalls auf das Vestibulum narium überzugehen.

Auf der linken Wange findet sich eine etwa kleinhandtellergroße, etwas über das Niveau der normalen Haut erhabene Affektion von rotbrauner Farbe an der Peripherie, im Zentrum mehr weißliche, oberflächliche Narbenbildung aufweisend.

Die Sonde dringt besonders am Rand mit Leichtigkeit in das morsche Gewebe ein. Die zentralen Partien zeigen vor dem linken Ohr ausgedehnte oberflächliche weißliche Narbenbildung mit kleinen Gefäßektasien. Knötchen sind nirgends nachzuweisen. Auf der Stirn bemerkt man einen etwa walnußgroßen, derben, schmerzhaften und auf der Unterlage verschieblichen Knoten. Die Drüsen vor dem linken Ohr sind nicht vergrößert, dagegen palpiert man in der rechten Regio submaxillaris ein derbes, ziemlich großes, auf Druck nicht empfindliches Drüsenkonvolut. Neben der Uvula links finden sich ausgedehnte strahlige Narben.

Beginn der Therapie mit Tuberkulininjektionen während 14 Tagen. Da kein Erfolg, Exzision und Behandlung mit Jodkali. Mit dem exzidierten Material werden mikroskopische Präparate angefertigt und Tierversuche gemacht.

Bericht vom Institut zur Erforschung der Infektionskrankheiten in Bern: „Keine Tuberkulose. Das geimpfte Tier bleibt gesund, wird aber weiter beobachtet werden."

Bericht vom Pathologisch-anatomischen Institut in Bern: „In der Kutis sieht man eine ziemlich gleichmäßige Infiltration mit vorwiegend einkernigen Leukozyten, zahlreichen epitheloiden Zellen und zahlreichen Riesenzellen nach dem Langhansschen Typus. Typische Knötchen nach dem Bau der Tuberkel sind nirgends deutlich erkennbar. Die Riesenzellen liegen oft isoliert oder doch nur von einigen epitheloiden Zellen umgeben. An manchen Stellen ziemlich ausgedehnte Nekrosen. Die Gefäße sind nur in mäßiger Zahl vorhanden, ohne Veränderung. Sehr häufig sieht man, daß dieselben dicht an die noch am meisten als Tuberkel, imponierenden Gebilde herangehen, teilweise selbst durch dieselben hindurchlaufen. Eine sichere Diagnose kann aus dem histologischen Bild nicht gestellt werden. Sicher ist nur, daß eine chronische Entzündung banaler Natur ausgeschlossen werden kann. Es sprechen 65% Wahrscheinlichkeit für Tbc."

Auf speziellen Wunsch der Pat. wird sie nach etwa 10 Tagen Jodkalitherapie entlassen. Dem Austrittsstatus entnehme ich noch, daß die Affektion in ihrer Ausdehnung und Erhabenheit über das Niveau der normalen Haut deutlich zurückgegangen und die auffallende Verfärbung bedeutend aufgehellt war.

Kuriositätshalber erwähne ich noch eine Randbemerkung in der Krankengeschichte, ohne dieselbe näher zu kommentieren:

„Der Mann der Pat. leugnet jede syphilitische Infektion. An der linken Wange hat er eine ausgedehnte strahlige Narbe, wie man sie bei tubero-ulzerösen Syphiliden sieht. Er will sich diese Narbe selbst zugebracht haben."

Leider gelang es uns nicht, die Familienangehörigen unseres Pat. zu einer Untersuchung zu bekommen. Sie wohnen jenseits der Grenze in Frankreich und antworteten auf unsere Einladungen nicht, wohl mißgestimmt über den Zustand, in dem wir den Mann nach Hause entlassen mußten.

Unzweifelhaft liegt hier eine Beobachtung vor, die derjenigen von Jadassohn entspricht und sich nur dadurch unterscheidet, daß bei ihm es sich um zwei Schwestern mit kongenitaler Syphilis handelte, bei denen tuberkuloide Struktur der Lues bemerkt wurde, während unsere Mitteilung sich auf „familiären Typus der Syphilis" bei Mutter und Sohn bezieht. Worauf die tuberkuloide Reaktion des Gewebes beim Eindringen der Spirochäten zurückzuführen ist, läßt sich natürlich jetzt nicht entscheiden.

Digitized by Google

Daß sie aber viel eher durch Eigenarten des Terrains als durch Besonderheiten der Pallidae verursacht wird, kann wohl kaum bestritten werden; sonst müßten wir diese Erscheinung viel häufiger vorfinden. NAEGELI vertritt die Ansicht, es sei mitunter die Tendenz zur Entwicklung einer ganz bestimmten, „spezifischen" Gewebsreaktion so vorherrschend, daß sie auch auf ein nicht spezifisches Antigen zum Ausdruck komme. Er begründete diese Auffassung mit seinen Beobachtungen bei sogenannten Reizversuchen mit verschiedenartigen, namentlich ekzematogenen Substanzen bei Tuberkulösen, Bromoderm und bullösem Arzneiexanthem, und glaubt, daß vielleicht das Zustandekommen von tuberkuloider Syphilis und tuberkuloider Lepra ohne lokale Kombination mit Tuberkulose eine derartige Erklärung finden könnte. Eine solche, vielleicht auch familiär (vererbt) vorkommende Dominanz würde bei einer so häufig vorkommenden Krankheit wie die Tuberkulose um so eher verständlich sein, als infolge der exquisiten Chronizität des Leidens eine langjährige Einstellung des Organismus auf tuberkulöse Gewebsreaktion besteht.

Bei dem erst beschriebenen Fall (SOHN) ist indessen die tuberkuloide Gewebsreaktion besonders bemerkenswert, weil weder klinisch noch radiologisch Anzeichen einer bestehenden oder überstandenen Tuberkulose nachgewiesen werden konnten. Dies bestärkt die Annahme einer keimplasmatischen Eigentümlichkeit, was den Inhalt des Ausdruckes „familiärer Typus" darstellt.

Recht bedauernswert ist, daß die in der Krankengeschichte von 1901 vorgefundene Randbemerkung über die strahlenförmigen Narben an der linken Gesichtsseite des Vaters nicht überprüft werden konnte (Vor-WASSERMANN-Zeit!). Wenn es sich wirklich um abgeheilte tertiäre Syphilis gehandelt hatte, konnte man aus der offenbar viel rascheren Rückbildung der Hautaffektion fast den Schluß ziehen, daß eine lupoide Gewebsreaktion nicht vorhanden war; denn die lupoide Lues ahmt den Lupus vulgaris nicht nur im klinischen Aspekt, biologisch und histologisch nach, sondern in ihrem langsamen Lokalverlauf.

Was die auffallende Übereinstimmung in der Lokalisation des Exanthems bei Mutter und Sohn (und eventuell Vater) auf der linken Gesichtshälfte anbetrifft, so hat es wohl keinen Sinn, sich hierüber auf spekulative Betrachtungen einzulassen. Erwähnt sei nur, daß nach DELAUNAY und FÉRÉ, UNNA, MEIROWSKY Entwicklungsfehler und Bildungshemmungen häufiger links vorkommen als rechts, und daß NAEGELI schon einige Male eine völlige Übereinstimmung in der Lokalisation von Naevi vasculosi bei einem der Eltern und Kind oder (einmal) einem der Großeltern und Enkel vorfand, so daß eine familiäre Minderwertigkeit (bzw. Disposition) gewisser Organe oder sogar nur Organteile nicht vollkommen ausgeschlossen erscheint (vgl. diesbezüglich auch MEIROWSKY: „Über die Entstehung der sog. kongenitalen Mißbildungen der Haut", W. Braumüller, Wien und Leipzig 1919, und B. Kramer: „Über Hämangiome, Jahrb. f. Kinderhlk., Bd. 60, sowie die Arbeiten von H. W. SIEMENS). Auch in der Beobachtung JADASSOHNS finden wir diese gleichartige Lokalisation.

Und endlich sei noch darauf hingewiesen, daß die bei tertiärer Hautlues seltene Karzinomentwicklung auf lupoidem Gewebe erfolgte.

Digitized by Google

Versammlungen.

Berliner Dermatologische Gesellschaft.

Sitzung vom 10. Februar 1925.

Bericht L. Kleeberg-Berlin.

Krankendemonstrationen:

Kleeberg: 75jähr. Mann mit **Bowenscher Dermatose** am Penis. Scharf umschriebener einheitlicher Herd 4 × 3 cm, bis zum Sulcus coronarius reichend. Während der Beobachtung peripherisches Wachstum in serpiginösen Linien. Die Oberfläche ist in der Mitte glatt, gegen die Peripherie eingesunken. Die Randzone besteht aus einem $^1/_4$ cm breiten, deutlich erhabenen, wenig infiltrierten wallartigen Ring. Innerhalb des Ringes nässende Erosionen, Krustenbildung, mehrere kleine flache Knötchen. Histologisch: Massige Akanthose, intrazelluläres Ödem. „Dyskeratose". Große Unregelmäßigkeit der Zell- und Kernformen, vielfach riesenhafte Klumpenkerne. Im Korium ausgedehntes kleinzelliges Infiltrat. Nirgends Epithelabsprengungen.

Zwei andere Fälle von Bowen wurden durch Röntgentherapie gut beeinflußt. Beide zeigten außer dem Bowen Verrucae seniles und senile Keratome.

Diskussion: Buschke: Seit der Veröffentlichung Langers wurde auf der Abteilung noch ein Fall von Bowen beobachtet.

Bruhns stellt den Fall von **Sklerödem** nochmals vor, der am 12. II. 1924 demonstriert ist. Jetzt fast vollständiger Rückgang der Hautverhärtung. Endokrine Veränderungen haben sich nicht nachweisen lassen. Ebenso hat die histologische Untersuchung nicht die Lymphozyteninfiltration in der Umgebung der kutanen Nerven ergeben, die E. Hoffmann bei seinem Fall beschrieb. Die angewendete Therapie bestand in Wärmeapplikation und Fibrolysineinspritzungen.

Fall von **Melanose und Lichen nach Salvarsan**, schon gezeigt am 12. VI. 1923. Melanose nach fast 2 Jahren noch wenig verändert, beginnt sich jetzt etwas aufzuhellen. Der Lichen ging mit Kreis- und Girlandenbildungen und ausgesprochenen Atrophien einher, sah einem echten Lichen ruber außerordentlich ähnlich. Das Fehlen des Juckens und der Rückgang ohne neuerliche Arsengaben sprachen für die Deutung als Salvarsanlichen (vgl. auch M. Kl., 1924, Nr. 10, „Seltene Salvarsanschädigungen").

Diskussion: Buschke erinnert an den seiner Zeit von ihm vorgestellten Fall, der inmitten dunkelpigmentierter Haut ebenfalls weiße nichtatrophische Flecke aufwies. Zwischen dem Lichen ruber nach Salvarsan und dem idiopathischen Lichen ruber besteht kein prinzipieller Unterschied.

Was den Fall von Sklerödem betrifft, so bestätigt der günstige Verlauf die Aufstellung dieses besonderen Krankheitsbildes — und die Trennung von der Sklerodermie.

Buschke demonstriert:

1. 20jähr. Mädchen mit **zirkumskriptem Lymphangiom** am linken Zungenrande (Probeexzision!) — trotz negativer WR war es für Lues gehalten und andernorts mit Salvarsan behandelt worden.

Diffuse Lymphangiome (Makrocheilie, Makroglossie) häufiger als zirkumskripte. Versuch einer Radiumbehandlung.

2. 12jähr. Mädchen mit walnußgroßem **Kavernom** am rechten Augenwinkel. Vor $2^1/_2$ Jahren Exstirpation. Jetzt Rezidiv. Radiumbehandlung.

3. 10jähr. Mädchen mit **Parapsoriasis**. Histologisch kein typisches Bild.

4. Ausgedehnte **Vitiligo** bei einem 54jähr. Mann. Bemerkenswert ist außer der diffusen Pigmentbildung das Vorhandensein stecknadelkopf- bis linsengroßer scharf begrenzter Pigmentflecke (ähnlich wie bei der Recklinghausenschen Krankheit).

5. Mann mit **starker Pigmentierung** an den Stellen des abgeheilten großpapulösen luetischen Exanthems. (Behandlung andernorts mit Salvarsan und Wismut.)

6. Mann mit handtellergroßem **Naevus anaemicus** auf der linken Brust. Stärkere Behaarung über dem Nävus. Diese Hypertrichosis ist vielleicht in Analogie zu setzen mit der Hypertrichosis nach Nervendurchschneidung und Verletzung.

7. Zwei Fälle von **Lupuskarzinom**.

8. 16jähr. Knabe — **eunuchoider Typus** bei **Lues congenita** — Vater z. Z. mit Tabes in Behandlung. — Testikel klein, Fehlen aller Haare außer Kopfhaar. Allgemein

Digitized by Google

zurückgebliebene körperliche Entwicklung. Störung des endokrinen-vegetativen Systems durch die kongenitale Lues.

9. Lues congenita, 17jähr. Jüngling mit stark ausgebildeter Tonnenform der oberen, mittleren Schneidezähne und **Hypoplasie des Zwischenkiefers.** (Demonstration des Abgusses!)

10. 36jähr. Mann mit zahlreichen **strahligen Narben** um Nase und Mundwinkel. Chorioretitinitis. **Lues congenita.** Zähne angeblich durch Trauma verloren.

L. Pulvermacher: Vortrag: **Zur Frage der Angio- und Trophoneurosen der Haut.** Die Probleme der Kapillarmotilität (O. Müller, Ebbecke) werden behandelt; das Problem der Gefäßnervenversorgung ist noch nicht endgültig gelöst. Ebbecke zeigte, daß verschiedene von außen kommende Einwirkungen nicht unmittelbar die Kapillarwand angreifen, sondern an den Gewebszellen, deren Stoffwechselprodukte erst die Erweiterung der Kapillaren herbeiführen. Bei der Annahme, daß im Bindegewebe die primären Schädigungen sich entwickeln, tritt die Bedeutung der innersekretorischen Störungen besonders hervor (Regulation des Bindegewebsstoffwechsels durch die Drüsen mit innerer Sekretion).

Die Angioneurosen sind z. T. **Akrodermatosen.** Komplexe Faktoren wirken: Periphere Gefäßversorgung; äußere Momente: Exponiertheit der Haut für Kälte (Licht?). Bedeutung wiederholter Reize (auslösende Faktoren). Besondere Partialkonstitution läßt die Reize besonders ausklingen.

Die Abhängigkeit vom Nervus sympathicus und parasympathicus und dem vegetativen Zentrum werden eingehend gewürdigt. Die Krankheitsbilder der Angioneurosen zeigen sich überwiegend bei neuropathischen Individuen mit labilem Gleichgewichtszustand des vegetativen Nervensystems.

Man hat versucht die endokrinen Drüsen nach ihrer Beziehung zum Nervensystem in sympathische und parasympathische zu teilen und bewertet für Erhöhung des Sympathikustonus die Funktion der Thyreoidea, des Nebennierenmarks, der Hypophyse (Zwischenlappen) und der männlichen Keimdrüsen, für die Erhöhung des Parasympathikustonus die Thymus, die weiblichen Keimdrüsen, insbesondere im Zusammenwirken mit der Thyreoidea und Hypophyse.

Die klinischen Bilder bestätigen aber meist nicht unsere theoretischen Forderungen. Am ehesten decken sie sich bei den Erkrankungen der Thyreoidea.

Vegetatives Nervensystem und endokrine Drüsen bilden eine funktionelle Einheit. Pende glaubt, daß der Organismus die vegetativen Nerven direkt benutzt, wenn er schnelle Wirkungen erzielen will von kurzdauernder örtlicher Natur, während er die sympathikoglandulären in den Fällen braucht, wo fortlaufend langdauernde oder Wirkungen auf ausgedehntere Gebiete zu erfüllen sind.

Die Bedeutung der endokrinen Drüsen kann in einer Dishormonie bestehen, im Sinne des + oder — am abwegigen Hormon.

A. Dyshormone primär. Folge:

1. Falsche vegetative Innervation der Gefäße,
2. Entstehung von schädlichen Produkten im extravasalen Gewebe, die ihrerseits wieder
3. die Gefäße angreifen.

B. Falsche nervöse vegetative Innervation. Folge:

1. Falsche Inkretfunktion und Zirkulus wie oben.

Endokrine unmittelbar oder mittelbar geschaffene Stoffe können auf Zentren und auf die Peripherie der Vasomotoren wirken, auf die Gefäßwand oder auf das Gewebe darüber hinaus.

Es folgt nun eine ausgedehnte Übersicht über die angioneurotischen Befunde bei den Erkrankungen der einzelnen endokrinen Drüsen.

Pluriglanduläre Störung (Insuffizienz) wird bei der idiopathischen Hautatrophie und Sklerodermie angenommen. Bei diesen klinisch und pathologisch-anatomisch verschiedenen Krankheitsbildern, die ätiologisch verwandt sind und kombiniert vorkommen, greift das schädigende Produkt falscher Inkretion wahrscheinlich im extravasalen Gewebe an. Es besteht aber auch die Möglichkeit, daß das vegetative Nervensystem den Angriffspunkt für die falsche Inkretion bildet und so Störungen seiner spezifischen Wirkung im Gefäßleben entstehen und dadurch oder koordiniert im Gewebe selbst. Wenn auch die Annahme, daß eine einzelne Drüse durch ihre Wirkung auf den Stoffwechsel und vegetatives Nervensystem die Krankheitsbilder hervorrufen kann, theoretisch besteht (s. Thyreoidea), so ist doch die der puriglandulären Insuffizienz berechtigter. (Erscheint ausführlich.)

Digitized by Google

Sitzung vom 10. März 1925.

1. Langer, Erich (Abt. Buschke): a) **Gummöse Zerstörung des Penis** bei einem 30jähr. Mann. Geschwürige Zerstörung des ganzen Penisschaftes und der Schamgegend um die Peniswurzel; steil abfallende Ränder mit ausgesprochen nierenförmiger Anordnung. Am Penisschaft ist Haut und Unterhautzellgewebe völlig zerstört, an einer Stelle besteht eine Perforation der Harnröhre. Seit 3 Monaten bestand eine knotenartige Anschwellung des Penis, aber da keine Schmerzen bestanden, übte der Patient seinen Beruf als Kellner noch aus, und erst eine starke Blutung aus einem Knoten führte ihn zum Arzt.

b) **Drei Fälle von Ulcus phagadaenicum.** Spirochäten oder Streptobazillen sind nicht nachweisbar, Überimpfung auf andere Hautstellen unmöglich. Bei fieberhaften Fällen hat sich außer der lokalen Therapie mit Jodoform und Kampferwein die Behandlung mit Chinin-Urethan — abwechselnd täglich intravenös und intramuskulär — gut bewährt.

c) **Erythrodermie** bei tuberkulöser Lymphdrüsenerkrankung. 58jähr. Arbeiter, seit dem 20. Lebensjahr dauernd Drüsenschwellungen — mehrfach wurden Drüsenpakete entfernt. — Jetzt besteht außer multiplen Drüsenschwellungen — unter dem rechten Schlüsselbein gelegene Drüse zeigt deutliche Fluktuation — an der Haut, besonders im Gesicht und auf den Unterarmen eine diffuse konfluierende Rötung, an den Oberarmen neben der Rötung eine fischschuppenartige Abblätterung der Haut.

Die anfängliche Diagnose Leukämie oder Lymphogranulomatose mußte auf Grund des vollkommen normalen Blutbildes fallen gelassen werden (Prof. Hirschfeld). Milzschwellung ist auch nicht feststellbar. Das histologische Bild der Drüsenuntersuchung ergab das typische Bild einer Tuberkulose, so daß man annehmen muß, daß es sich um eine Dermatose als Begleiterscheinung einer tuberkulösen Lymphdrüsenerkrankung handelt.

Diskussion zu b) Bruhns sah Gutes von der oberflächlichen Behandlung mit dem Paquelin bei phagedänischen Ulzera.

2. Bab: a) **Akrodermatitis atrophicans** beider Unterarme und Handrücken, anscheinend auf hereditärer Basis. Auf Amylnitritsalbe subjektive große Erleichterung. Außerordentliche Labilität des Gefäßsystems des rechten Unterschenkels und Fußrückens, die sich darin äußert, daß bei geringster Abkühlung dieses Gebietes, Ausziehen der Strümpfe, Fußbad usw., die sonst normal aussehende Haut eine tief blaurote Verfärbung annimmt. B. sieht in dieser Labilität ein Vorstadium der beginnenden Akrodermatitis des Unterschenkels.

b) **Neurofibromatose der oberen Gesichtshälfte.** Bei dem Pat. entwickelten sich in zwei, 30 Jahre auseinanderliegenden Schüben eine Reihe Tumoren in der oberen Gesichtshälfte, und zwar im ersten Schub auf den Augenbrauen, im zweiten auf der Nase. Die solitär abgegrenzten Tumoren sind von wechselnder Konsistenz und werden als Neurofibrome angesprochen. Da aber weder Nävusbildung noch geistige Minderwertigkeit vorhanden ist, hält B. die Affektion für eine Form fruste der Recklinghausenschen Krankheit.

Diskussion: Fischer sah das gleichzeitige Vorkommen von Hautatrophie und Diabetes.

Pulvermacher sieht in dem Fall keine reine Hautatrophie, sondern eine Akroasphyxia chronica.

Leibholz macht auf den akromegalen Typus des Pat. aufmerksam.

Sklarz meint, daß es sich bei dem zweiten Fall um multiple Talgdrüsennävi handele; auf dem Tumoren sieht man erweiterte Follikel, aus denen eine gelbliche Masse ausgedrückt werden kann. Histologische Untersuchung ist erforderlich.

3. Löhe: **Pustula maligna** an der Stirn eines Laboratoriumsdieners. (Infektion durch die Reinigung milzbrandhaltigen Materials.)

In Kultur: Milzbrandsporen nachgewiesen. Tierversuch steht noch aus. Nach Milzbrandserum gutartiger Verlauf.

4. Überschär: **Tuberculosis miliaris ulcerosa der Mundschleimhaut.** An der oberen Zahnreihe typischer Herd. Lungentuberkulose.

5. Jacobi: Nach Furunkeln **rezidivierendes Gesichtserysipel.**

6. Heller: a) **Idiopathische angioneurotische Hautatrophie und Leriche-Operation.** 36jähr. Arbeiter mit Akrodermatitis atrophicans der oberen Extremitäten, 1924 Lerichesche Operation. Subjektive Beschwerden anfangs gebessert, allmählich aber wieder aufgetreten. Blaufärbung nur wenig verändert.

Digitized by Google

b) 39jähr. Pat. mit **Nagelveränderungen bei Raynaud.**

Diskussion: Pulvermacher hält den ersten Fall für eine Mischform mit Akroasphyxia chronica.

Heyn hält den zweiten Fall für eine Sklerodermie, auch das Gesicht sei sklerodermatisch verändert.

Kleeberg erinnert an seinen schon zweimal in der Gesellschaft vorgestellten Fall von Raynaud mit Nagelstörungen und sklerodermatischen Erscheinungen, bei dem nach der periarteriellen Sympathektomie zuerst eine auffallende Besserung, nach einem halben Jahr aber wieder ein schwerer Rückfall auftrat. Von Brüning wurde vor einem viertel Jahr das Ganglion entfernt. Zur Zeit besteht wieder eine wesentliche Besserung — aber über den Dauererfolg läßt sich auch heute nichts Sicheres aussagen. Jeden Pat. müssen wir aber auch vorher darauf aufmerksam machen, daß es nach der Ganglionoperation zum Hornerschen Symptomenkomplex kommt.

Schlußwort: Heller: Gegen Sklerodaktylie spricht der kurze Bestand. Die Finger sind auch an einzelnen Tagen in den Gelenken sehr gut beweglich. Das Gesicht ist seit frühester Jugend unverändert — und zeigt nichts von Sklerodermie. Heller hat der Pat. die Lerichesche Operation vorgeschlagen.

Diskussion zum Vortrag Pulvermacher: Angio- und Trophoneurosen.

Heller: Die Bedeutung des Nervensystems für die Hautpathologie bedarf noch eingehender histologischer Untersuchungen. H. erinnert an seine vor 30 Jahren angestellten Versuche der Darstellung der feinsten Ausläufer der markhaltigen Nerven in der Haut. (Demonstration eines Schnittes durch einen Hautnerven, der zu einem Hautgeschwür führt, das bei einem Kaninchen nach experimentell erzeugter Quecksilberneuritis entstanden war.)

Sowohl unsere histologischen Befunde an den Hautnerven als auch pathologisch-anatomische Veränderungen an den endokrinen Drüsen sind vollkommen unzureichend für die meisten bis jetzt aufgestellten Theorien.

Schlußwort. Pulvermacher: Die Bedeutsamkeit der Bielschowsky-Färbung für die Darstellung vegetativer Nerven tritt in den zahlreichen Befunden hervor. Ich verweise auf die Darstellung der Gefäßnerven in L. R. Müllers Buch über die Lebensnerven auf die Kapitel von W. Glaser und Stöhr als Beispiel, ferner auf die Arbeit von Tietz über Nervenendigungen in der Fußsohle. Leider ist von dermatologischer Seite diese Methode nicht gebührend bisher benutzt worden. Ich bezweifle nicht, daß ihre Anwendung bei Hautschnitten noch reichliche Ergebnisse bringen wird.

Die Autonomie der vegetativen Nerven für die Entstehung mancher Angioneurosen habe ich nicht bezweifelt. Ich habe nur betont, daß es in vielen Fällen bei dem innigen Konnex des vegetativen Nervensystems und der endokrinen Drüsen in ihrer wechselseitigen Beeinflussung schwer möglich sein wird, eine Isolierung der einen Quote von der anderen vorzunehmen.

Wir haben in der Pathogenese von Angioneurosen komplexe Faktoren! Störungen im vegetativen Nervensystem, in endoglandulären Drüsen und bei den Akrodermatosen besonders die Mitwirkung äußerer Reize. Als Resultante sehen wir bei den reinen Angioneurosen die krankhafte Beeinflussung des Gefäßlebens, das ebenso wie von den Vasomotoren wie von den Hormonen in ihrer Wirkung auf die Vasomotoren und eventuell die Gefäßwand auch von Reizen abhängt, die aus dem extravasalen Gewebe an die Kapillaren herantreten. Ich verweise hier nochmals auf die Arbeiten von Ebbecke und meine ausführliche Sonderdarstellung.

Die Exposition symmetrischer Organe der Peripherie gleichen Reizen gegenüber kann die Symmetrie der Erkrankung in manchen Fällen erklären, ohne daß eine nervös zentrale Erkrankung primär vorliegt.

Der Begriff der Trophik hat bisher keine Fundierung in anatomisch nachgewiesenen trophischen Nerven und Fasern gefunden.

Die Trophik der Gewebe ist ebenso abhängig von Intaktheit der Sensibilität als der des Gefäßlebens, für das die Integrität der Reflexbahnen in anatomischer oder physiologischer Beziehung Bedingung ist.

Die Phänomene der Angioneurosen sind im Sinne der Relation zwischen peripheren Angriffspunkten an der Hand äußerer Reize gegenüber, wie der Konstitution des Hautgewebes sonst, der vegetativen Nerven und des endoglandulären Systems zu verstehen. Die Krankheitsbilder, welche uns als Angioneurosen entgegentreten, bilden eine Gruppe, deren Glieder bisweilen scharfe Trennung ermöglicht, aber auch fließende Übergänge und Mischformen zeigen. Während bei den Angioneurosen (Akroparästhesien, Akro-

Digitized by Google

asphyxie, Erythromelalgie, Morbus Raynaud) die Bedeutung der Gefäßnerven für die Symptomatik prävaliert, tritt uns bei der Sklerodermie und idiopathischen Hautatrophie die besondere Bedeutung des extravasalen Gewebes als Sitz und eventuell Bildungsstätte der die Krankheit auslösenden Noxe entgegen, wobei Störungen des Gefäßlebens sowohl koordiniert wie subordiniert sein können.

Die Bewertung der endokrinen Drüsen für die Pathogenese der Angio- und sog. Trophoneurosen ist ein Moment, das bei der letzten Behandlung dieses Themas (Kongreß 1909) als ein Neues und Besonderes hinzugekommen ist. Die Beschäftigung damit erscheint wichtig, weil wir im Gegensatz zu geringen pathologisch-anatomischen Befunden (cf. Staemmler) am vegetativen Nervensystem doch in vielen Fällen klinische Anhaltspunkte finden, die auf Störungen des endoglandulären Lebens weisen und dadurch bei Analyse des endoglandulären Status zur Therapie kommen können. Die Fixierung dieses Status ist besonders durch die Prägung der Haut (Haare, Pigment, Fett usw.) ermöglicht. Alle diese Dinge sind noch dem Abschluß fern, aber der Dermatologe ist berufen, hier mitzuarbeiten und eine erfolgreichere Therapie, als sie bisher möglich war, kann der Lohn für diese Bemühungen sein.

Bruhns und Picard: **Erfahrungen mit Spirocid und Stovarsol.** In Behandlung genommen 53 Fälle (48 mit Spirocid, 5 mit Stovarsol, danach Wismut). Bei den Spirocidpatienten schwanden Spirochäten aus Papeln im Durchnitt nach 11,2 Tabletten à 0,25 g, bei 4 Fällen, in denen Papelreste exzidiert wurden, auch in diesen keine Spirochäten mehr auffindbar. Klinische Erscheinungen gingen meist gut zurück, viel prompter als auf innere Hg-Mittel, WR aber viel unvollkommener als bei Salvarsan. Nebenerscheinungen öfters leichte Exantheme, die aber nur erythematöser Natur waren und sehr rasch zurückgingen, kein Fieber verursachten. In therapeutischer Beziehung nur dann zu empfehlen, wenn Salvarsan nicht gegeben werden kann. In prophylaktischer Beziehung soll in den seltenen Fällen, in denen wir bisher uns zu Salvarsaneinspritzungen entschlossen, auch weiterhin Salvarsan verwendet werden. In den Fällen aber, in denen wir bei begründetem Verdacht einer möglichen Infektion bisher den Verlauf ohne Eingriff abwarteten, kann unter sorgfältiger ärztlicher Kontrolle Spirocid versucht werden. Die Tierexperimente sind nicht sehr ermutigend. In der größeren Zahl von Fällen hat die prophylaktische Darreichung der Mittel bei Kaninchen nicht die Infektion zu verhüten vermocht, in einer Minderheit anscheinend doch in manchen Fällen (z. B. bei Gans, Rekurrensversuchen an Ratten) die Infektion eine Zeitlang hinausgeschoben. Aber bei den Tieren sind wegen des nahen Zusammenliegens der heilenden und der toxischen Dose die Verhältnisse anders, und die ganz zweifellose starke Einwirkung der Mittel auf die klinischen Erscheinungen und die Spirochäten beim Menschen lassen es doch möglich erscheinen, in der erwähnten beschränkten Weise prophylaktische Erfolge zu erzielen. Die Tierexperimente sprechen dafür, daß man nicht zu kleine Dosen beim Menschen geben darf. Schon dadurch verbietet sich ohne weiteres die allgemeine prophylaktische Anwendung nach jedem gefährdenden Verkehr, auch darf der Spirocid- oder Stovarsolgebrauch nicht ohne ärztliche Beaufsichtigung, die sich auch auf den weiteren Verlauf, bzw. hinausgeschobene Infektion zu erstrecken hat, erfolgen. (Ausführliche Mitteilung in der „Medizin. Klinik".)

Worms: Die Richtigkeit der von Bruhns ausgesprochenen und durch die Versuche von Gans und Steinfeld an Rekurrens wahrscheinlich gemachten Vermutung, daß durch die prophylaktische Spirocid-Verabreichung zwar der Primäraffekt unterdrückt, nicht aber die Allgemeininfektion verhindert werden könnte, kann ich durch neuen Versuch mit experimenteller Kaninchensyphilis bestätigen. Das mit Spirocid präventiv behandelte Kaninchen war zwar von der Ausbildung der Schanker, nicht aber von der Infektion verschont geblieben.

Schuhmacher kommt auf seine in dieser Zeitschrift schon veröffentlichten Arbeiten zurück, in denen er beweist, daß Stovarsol auf Grund seiner chemischen Struktur nicht prophylaktisch wirken kann.

Fritz Lesser hat gemeinsam mit Soldin bei Säuglingen Stovarsol angewandt. 4 mal $^1/_4$ Tablette, im 2. Lebensjahr 4 mal $^1/_2$ Tablette wurden gut vertragen. Luessymptome verschwanden prompt, Spirochäten waren meist nach 48 Stunden im Reizserum nicht mehr nachweisbar. Die WR zeigte bei quantitativer Auswertung ständiges Schwächerwerden, wenn auch eine negative WR nicht erreicht wurde. Besonders war das Aufblühen der Säuglinge (As-Wirkung) bemerkenswert. Auch bei nichtsyphilitischen Dermatosen zeigte sich Stovarsol sehr wirksam (Eczema impetiginosum capitis der Säuglinge). L. begrüßt das Stovarsol als gut verträgliches Arsenpräparat.

Digitized by Google

Die spirillozide Wirkung des Stovarsols wird nicht aus dem schnellen Verschwinden der Spirochäten aus den Papeln bewiesen, sondern nur aus der Heilung WR negativer Primäraffekte.

Über den prophylaktischen Wert eines Mittels läßt sich sehr schwer ein Urteil bilden: beweisend wäre nur das Ausbleiben der Lues bei noch nicht luesinfizierten Prostituierten nach lange Zeit durchgeführter Stovarsolbehandlung.

Pinkus: Die Erfahrungen von P. stimmen mit Bruhns Mitteilungen vollkommen überein. Stovarsol und Spirocid sind chemisch identisch und werden gleich gut vertragen. Bei der großen Verantwortung, welche er bezüglich langen symptomlosen Verhaltens seiner Syphiliskuren hat, ist seine Gesamtzahl behandelter Fälle noch gering, gegen 70; er bevorzugt sogar vor dem Salvarsan der längeren Symptomlosigkeit wegen das Wismut. Die Resultate mit Spirocid waren aber nicht schlecht, vielfach überraschend gut, schnelles Verschwinden der Spirochäten, schnelle klinische Heilung, keine Nebenerscheinungen, nicht einmal Exantheme. Die WR wird zuweilen nach 2—3 Monaten negativ. Rezidive nach $2^1/_2$, 3, 9 Monaten. Dosis bis 132 Tabletten (4 nüchtern alle 2 Tage). Aber es kommt auch vor, daß während der Kur die anfangs negative WR positiv wird, was natürlich als Zeichen nicht ausreichender Wirkung zu betrachten ist.

Die wichtigste Frage aber ist die Benutzung des Spirocids als internes Syphilisprophylaktikum, wie es in den anfänglichen Stovarsolanzeigen stand. Mit dem Stovarsol und Spirocid hat Pinkus noch keinen Beweis des Mißerfolges gehabt, während mit anderen Phenylarsinsäuren ganz deutlich die Unwirksamkeit bereits zutage trat. Im ganzen bevorzugt Pinkus im Krankenhaus aber die am Kaninchen erprobte Prophylaxe mit einer einzigen Wismutspritzung. Diese nicht lokale Prophylaxe der Syphilis hat große Bedeutung bei der Möglichkeit der Unwirksamkeit lokaler antiluetischer Prophylaxe. Vielleicht sind aber die beim Stovarsol gemachten Versprechungen doch berechtigt.

Schlußwort: Gegenüber dem erwähnten mißglückten Tierversuch ist hervorzuheben, daß die negativen Ergebnisse der Kaninchenversuche bei diesen Präparaten nicht ohne weiteres auf den Menschen bezogen werden dürfen. Worms hat es selbst ausgesprochen, daß die Brauchbarkeit des Stovarsols für Kaninchen praktisch durchaus zu verneinen sei. Schumacher gegenüber betone ich, daß ich mit ihm vollkommen übereinstimme in der Ansicht, daß das Salvarsan ein besser wirkendes Mittel ist als das Spirocid, wir wollen durchaus nicht das letztere an die Stelle des ersteren setzen. Prophylaktisch soll Spirocid bei begründetem Syphilisverdacht nur dort angewendet werden, wo Salvarsan nicht genommen werden kann und bisher ohne Eingreifen der Verlauf abgewartet wurde. Gegenüber den theoretischen Erwägungen ist daran festzuhalten, daß Spirocid sehr auffallend auf die klinischen Erscheinungen und Spirochäten wirkt, und daß es daher sehr denkbar ist, daß es in einer Anzahl von Fällen mit der verhältnismäßig geringen Zahl der eingedrungenen und noch nicht sehr eingenisteten Spirochäten fertig wird. Dafür sprechen auch die von Krösel mitgeteilten bei langer Beobachtungsdauer bisher gesund gebliebenen seronegativen Primäraffekte, die er mit Spirocid und Stovarsol behandelt hat. Wenn auch Spirocid noch längst nicht das ideale prophylaktische Mittel ist, so würde schon die Möglichkeit, in nur einigen der Fälle, in denen wir sonst gar nichts gemacht haben, die Luesinfektion zu kupieren, uns veranlassen müssen, es anzuwenden. In einigen Fällen ist sogar die Kupierung der Luesinfektion an dem sonst wegen seiner Empfindlichkeit für die Versuche nicht brauchbaren Kaninchen geglückt. Pinkus hat unsere Anschauungen am Menschen ja voll bestätigen können.

Sitzung vom 25. März 1925.

1. Fischel: 48jähr. Frau mit **essentiellen Teleangiektasien** (Brocq) im Gesicht und Schultern. Bestand seit 3—4 Jahren. Nervensystem o. B. Klimakterische Beschwerden.

2. Bruhns: **Granuloma pediculatum.** Halbkirschkerngroße Geschwulst mit gestieltem Ansatz, nach Entfernung einer Warze vor 8 Wochen am Endglied des dritten Fingers der rechten Hand. Histologisch: kein echtes Granulom, entzündliche Elemente, Teleangiektasien, Staphylokokken.

3. Pulvermacher: **Boecksches Sarkoid?** 53jähr. Frau, seit 3 Monaten auf der Wange bläulichrote markstückgroße Geschwulst; auf Druck gelblicher Farbenton sichtbar. Keine Drüsenschwellungen. Für Tuberkulose nichts nachweisbar. Wassermann steht noch aus. Über den histologischen Befund wird nach Exzision berichtet werden.

Digitized by Google

Schapiro: **Indikationen der Psychotherapie bei dermatologischen und urologischen Erkrankungen.** Neben den psychogenen Dermatosen, bei denen die Psychotherapie kausal anzuwenden ist, lassen sich auch rein körperlich entstandene Leiden, denen sich häufig sekundär psycho-neurotische Erscheinungen zugesellen, symptomatisch durch Psychotherapie beeinflussen. Zu den psychogenen Dermatosen rechnet Sch. die Erytheme (E. pudoris, E. bei gynäkologischen Untersuchungen); die Möglichkeit der psychogenen Entstehung des Pemphigus und Herpesformen wird besprochen. Kreibrichs u. a. gelungene Versuche durch Suggestion in Hypnose Blasen auf der Haut zu erzeugen. Vielleicht ist aber das Auslösungsmoment nur ein psychogenes. Ähnlich liegen die Verhältnisse bei der multiplen, neurotischen oder hysterischen Gangrän. Die artifizielle Ätiologie wird von vielen angenommen — von anderen wieder die Möglichkeit eines psychogenen Ursprungs zugegeben. Fälle von psychogenem, vorzeitigem Haarergrauen und Haarausfall in einer einzigen Nacht oder während weniger Tage sind in der Literatur von sicher zuverlässigen Autoren mehrfach mitgeteilt. Die Abhängigkeit der Schweißabsonderung von psychischen Einflüssen zeigt sich vor allem bei Psychopathen, Hysterischen und Schizophrenen, nach geringfügigen Erregungen kommt es zu profusen Schweißausbrüchen.

Die Pruritusformen und alle Hautkrankheiten, die mit starkem Juckreiz verbunden sind, lassen sich symptomatisch durch Psychotherapie beeinflussen; oft gibt es Fälle, denen überhaupt nur auf diesem Wege beizukommen ist.

Von urologischen und sexuologischen Krankheitserscheinungen kommen für die Psychotherapie bestimmte Formen von Pollutionismus und Enuresis in Frage. Von den Pollutionen scharf zu trennen ist die Spermatorrhoe. Unentbehrlich ist die Psychotherapie in den Fällen von Impotenz psychisch nervöser Ätiologie (unter 290 Impotenten gehörten nach Sch.s Beobachtung im Institut für Sexualwissenschaft 80—85% dieser Gruppe an). Meist liegen verschiedene Hemmungen vor, z. B. mangelndes Selbstvertrauen, Angst vor Defloration, Infektion, oder Schwängerung, ferner antifetischistische Hemmungen (falsche Zähne, falsche Haare), Triebanomalien. Auch die matrimonielle Impotenz gehört hierher. Sch. berichtet über ein seit 12 Jahren glücklich verheirateten Mann, dem seit 8 Jahren der Koitus mit seiner Ehefrau nicht mehr gelang, bei anderen Frauen aber potent war. Durch mehrmalige Suggestion im Halbschlaf, wurde er von diesem Leiden, unter dem er sehr litt, geheilt. Meistens handelt es sich bei der Impotenz um Mischformen; man muß sich deshalb hüten, einseitig vorzugehen.

Kronfeld: **Heilwert, Grenzen und Methoden der Psychotherapie auf dermatologischem und urologischem Gebiet.** Die Psychotherapie kann das Symptom anpacken, sie kann aber auch die seelischen Voraussetzungen, das Zustandekommen von Symptomen und Störungen anpacken, rückgängig machen oder verändern.

Als konkretes Beispiel für den Erfolg einer symptomatischen Psychotherapie zeigt K. eine 21jähr. Kindergärtnerin, die als 7jähr. Kind einen Hufschlag gegen die Stirn bekam; es kam zu einer Beule ohne Hautverletzung. Ein Monat später kam an dieser Stelle ein Ausschlag, der unter Salbenbehandlung heilte. 6 Jahre lang trat nun jedesmal zur Zeit des Unfalls ein Ausschlag auf, der unter örtlicher Behandlung heilte. Mit Einsetzen der Pubertät seit dem Jahre 1917 ging er aber trotz der gewohnten Salbenbehandlung nicht zurück, sondern breitete sich über Gesicht, Hals, Nacken und beide Arme aus. Röntgenbehandlung brachte nur vorübergehend Besserung. Nach sechsmaliger Hypnose fühlt die Kranke kaum mehr Jucken, und der Ausschlag ist schon deutlich zurückgegangen. Aufschrecken und Schweißausbrüche nachts haben aufgehört. Die Kranke ist viel weniger erregbar und ausgeglichener.

Beispiel für den Wert der kausalen Psychotherapie bildet eine 21jähr. Tänzerin von lymphatischer Diathese, starkem Dermographismus, die seit der Pubertät die ausgesprochene Neigung besitzt, an den Fingern zu beißen, und zwar bilden sich periodisch vor allem auf dem Handrücken und an den Seitenflächen der Finger sowie auf der Ulnarseite beider Hände Bläschen. Das Aufbeißen dieser Bläschen geschieht fast zwangshaft mit einem starken Lustgefühl. Sie sieht es der Haut an, wie sie sagt, wo sie am leichtesten Bläschen produzieren könnte. Wenn sie sich psychisch auf diese Stellen konzentriere, so entständen tatsächlich Bläschen.

Kr. hat den Versuch gemacht, an einer völlig bläschenfreien Stelle der Haut der linken Hand auf psychischem Wege durch die Patientin ein Bläschen hervorrufen zu lassen. Sie konzentrierte sich optisch auf die ulnaren Finger der linken Hand, atmete tief und geriet in eine Art lustvolle Erregung. Nach nicht ganz 3 Minuten entstand tatsächlich ein kleines Bläschen vor unseren Augen. Derselbe Versuch gelang auch in

Digitized by Google

Hypnose; nach 5 Minuten dauernder Hypnose entstand tatsächlich ein Bläschen genau an der vorher bezeichneten Stelle.

Das Vorgehen und die Methodik der Psychoanalyse werden an Hand dieses Falles eingehend geschildert.

Es handelt sich bei dem jungen Mädchen um eine neurotische Hemmung der zielstrahligen Entwicklung genitaler Libido durch eine Reihe von kindlichen Schädigungen des Trieblebens, die ausgleichbar und überwindlich sind. Ist die Kranke über die Hemmung hinweg, dann wird die Symptombildung, die Bläschen an den Händen, von selbst sistieren, weil die verdrängten psychischen Voraussetzungen dieses neurotischen Gesamtlebens nicht mehr existieren werden.

Die Methoden der praktischen Psychotherapie können ganz verschieden sein. Das souveräne Verfahren ist die Suggestion, sie kann larviert sein, sie kann in Hypnose erteilt werden, sie kann an alle möglichen Maßnahmen und alle möglichen theoretischen Meinungen gebunden werden — der wirksame Faktor ist immer der gleiche. Der sogenannte Coué-ismus, der seine theoretische Grundlage auf die triviale und zugleich nicht ganz richtige Behauptung stützt, daß alle Fremdsuggestion im Grunde nur Autosuggestion sei, ist die neueste dieser Moden.

Die Psychotherapie ist in der letzten Zeit Modesache geworden; gerade wer sie ernst und verantwortungsvoll betreibt, wird sich der Grenzen seiner Wirksamkeit stets bewußt bleiben.

Diskussion: Balog: Der Symptomenkomplex der „sexuellen Neurasthenie" besteht aus Veränderungen, die 1. durch die Erkrankung der Sexualorgane verursacht sind (Erektionsstörungen, Hoden-Leistenschmerzen, Urethrorrhoe, Spermatorrhoe, Ejaculatio praecox und dolorsa usw.), 2. als Ausfall von endokriner Beeinflussung aufgefaßt werden müssen (Infantilismus, Charakterveränderung, vasomotorische Störungen) und 3. durch die Beteiligung des sympathischen Systems an der Erkrankung bedingt sind („Neurasthenie", Neuralgien, Gürtelempfindung, Kälte-, Wärmegefühl usw.). In diesen Fällen ist immer eine Erkrankung der Sexualorgane nachweisbar, durch deren Behebung die Beschwerden aufhören.

Lesser berichtet über einen Patienten, der auf Kommando in starken Schweiß geraten konnte, und weist auf den Zusammenhang der Schweißsekretion mit dem Nervensystem hin. Auch die hier vorgestellte 2. Pat. zeigte eine dyshidrotische Anlage. Vielleicht kommt es deshalb so leicht zur Blasenbildung.

Heller: Die Erfahrungen des Krieges sprechen nicht dafür, daß psychische Momente wesentliche Bedeutung für Hautkrankheiten, besonders für das plötzliche Ergrauen, oder andere Haar- und Nagelerkrankungen haben. Beim plötzlichen Ergrauen ist höchste Skepsis am Platze, weil häufig nach großen seelischen Aufregungen die gewohnte Haarfärbung unterbleibt.

Pulvermacher meint, daß bei Erythem bei ärztlichen Untersuchungen außer psychischen Momenten vor allem die Temperatur eine große Rolle spiele. Er fragt, ob es K. gelungen sei, Hautblutungen zu erzeugen oder Dermographismus ohne Berührung. Für die Beantwortung der Frage über die Entstehung des neutrotischen Gangräns seien experimentelle Studien von der allergrößten Bedeutung.

Buschke: Lichen-ruber-Attacken werden häufig durch einen psychischen Chok ausgelöst. Dies wird uns leicht verständlich, wenn wir den Lichen ruber als Konstitutionsveränderung (nicht als Infektionskrankheit) auffassen.

Sklarz widerspricht Pulvermachers Ansicht, daß, wenn eine Pat. an den Oberschenkeln oder in der Genitalregion errötet, die Temperatur dabei eine Rolle spielt. Die Frauen müßten im Gegenteile eher erblassen, denn im allgemeinen wird beim Entkleiden die Haut niedrigerer Temperatur ausgesetzt werden, und Kälte ist ja der stärkste vasokonstriktorische Reiz, den wir kennen. Es handelt sich vielmehr um die Projektion eines optischen Vorstellungsbildes auf die Haut.

Isaac berichtet über einen selbst während des Krieges beobachteten Fall von Alopecia totalis nach Verschüttung.

Fischer sah Herpes progenitalis bei einem Pat. nur bei jedem extramatrimoniellem Koitus. Bei den postskabiösen Erkrankungen spielen psychische Momente eine sehr große Rolle.

Pinkus sind ganz schwere Fälle plötzlichen Ergrauens, eines früher als vollkommen bewiesen angesehenen Vorgangs, nicht bekannt. Plötzlicher Haarausfall ist auch von guten Beobachtern auf psychische Gründe bezogen worden, wo eine zur rechten Zeit, d. h. 3 Monate vor dem Ausfall vorübergegangene akute Infektionskrankheit anamnestisch

Digitized by Google

feststellbar war (Kohnstamm). Bei der nach heftiger Nervenerschütterung entstehenden Alopecia totalis sind meist zwei verschiedene Einwirkungen, die beide gleich wenig geklärt sind, vorhanden; das gewöhnliche scheint ein plötzlicher totaler Haarausfall am Kopf und Körper zu sein, der wenige Wochen nach dem Chok plötzlich entsteht. Ungewöhnlicher ist ein totaler Haarausfall 3 Monate nach dem heftigen psychischen Trauma beginnend und allmählicher Haarverlust im Laufe der nächsten 6 Monate, d. h. Haarausfall, dem akuten Ausfall des Kopfhaares entsprechend, aber ohne Wiederwachsen der Haare.

Schlußwort: Kronfeld: Ob nicht doch psychische Momente auch bei dem Haarausfall nach akuten Infektionskrankheiten eine Rolle spielen, möchte K. zur Aussprache stellen; denn es sind doch nur bestimmte Fälle, bei denen der Haarausfall eintritt. Vielleicht sind psychische Faktoren die auslösende Ursache.

Dermographismus ohne Berührung konnte K. einmal bei einem imbezillen Psychopathen in Hypnose hervorrufen, Hautblutungen bis jetzt in keinem Fall.

Referatenteil

redigiert von Dr. Marie Unna, Hamburg-Bergedorf.

Mitteilungen aus der Literatur.

Zirkulationsstörungen und Hämorrhagien.

Von der Entstehung des roten Hofes der vasomotorischen Reaktion der Haut, von E. Rajka-Budapest. (Gyógyászat, 1924, Nr. 12—13.) Experimente, ausgeführt mit Novokain, Morphin, Atropin, physiol. Kochsalz usw., brachten das Endresultat: Der rote Hofreflex wird von dem Reiz der Vasodilatatoren hervorgerufen. Den afferenten Zweig bilden die sensibilen Fasern, den efferenten Zweig durch die Spinalganglien die Vasodilatatorenfasern. Auf Atropinlähmung der Vasodilatatoren bleibt die rote Hofreaktion aus, ebenso wie auf Kokainlähmung der sensibilen Fasern.

M. Porosz-Budapest.

Die Rolle des osmotischen Druckes der Proteine im Blute bei der Pathogenese der Ödeme (Du rôle de la pression osmotique des protéines du sang dans la pathogénie des oedèmes), von P. Govaerts-Brüssel. (Presse méd., 1924, Nr. 96, S. 950.) Von den Starlingschen Untersuchungen über den osmotischen Druck der Proteine (1896) ausgehend, bespricht G. auch die von Bayliss nachgewiesene Bedeutung dieses Faktors in der Physiologie namentlich in bezug auf die Lymphogenese, auf die Wiederherstellung der Blutmasse nach Hämorrhagien sowie auf die Beeinflussung der Diurese. Zur bequemen und exakten Bestimmung des osmotischen Druckes hat G. den von Moore und Roaf angegebenen Apparat verbessert, so daß mit Serummengen von $1^1/_2$ ccm operiert werden kann (Cf. Soc. de Biol., 1924, Bd. 90, S. 363.) Die Untersuchung von 73 verschiedenen Individuen ergab der Hauptsache nach folgendes: Bei Gesunden schwankte der osmotische Druck der Proteine zwischen 35 und 40 cm H_2O bei 18° C. Es entspricht im Mittel 1 g Protein, auf 100 einem Druck von 4,61 cm Wasser. Bei verschiedenen pathologischen Prozessen ergaben sich sehr erhebliche Schwankungen. So fanden sich bei Ödematösen, namentlich bei Komplikation mit Kachexie, oft eine sehr ausgesprochene Herabsetzung des Druckes und ebenso bei manchen Herzkranken, während sehr hohe Zahlen bei Arteriosklerotikern und bei Hypertension sich ergaben. Ödeme entstehen bei Nephritis und anderen Krankheitsformen, wenn der hydrostatische Druck in den Kapillaren den osmotischen Druck der Proteine des Blutplasmas überwiegt. Weitere Momente, welche mit der Erscheinung des osmotischen Blutdrucks in Beziehung stehen bzw. dadurch ihre Erläuterung finden können, sind: die ungleiche Verteilung des Chlors in der Ödemflüssigkeit und im Blute; die Verminderung des osmotischen Druckes der Proteine bei zunehmender Konzentration des Salzgehaltes der Lösung und der Einfluß, den dieser Druck auf den Gehalt an H-Ionen in der Flüssigkeit ausübt.

A. Philippi-Bad Salzschlirf.

Digitized by Google

Symptome Raynaudscher Krankheit verursacht durch Halsrippen, von L. Benedek-Debreczen. (Orv. Hetilap, 1924, Nr. 40.) Eine 38jähr. Frau bekam vor einem Jahre reißende, brennende Schmerzen und Kribbeln in der rechten Hand und im Arm. Die Hand wurde schwach, arbeitsunfähig. Der Arm ist in Umfang schwächer, an Kraft 6 kg (die linke Seite 175 kg). Die Schmerzen kommen anfallsweise, mit weißer lokaler Asphyxie, Zyanose. Empfindlichkeit der Haut ist herabgesetzt. Operation nach Leriche. Brachialis ohne Puls, thrombosiert. In der Länge von 15 cm freigelegt und herausgeschnitten. Nach dem Eingriff Schmerzen seltener. Die Röntgenuntersuchung zeigte eine Halsrippe an dem VII. Wirbel, welche als Ursache der Thrombose betrachtet wird. Bei der Entfernung wurden die Adern und die Nerven dislociert gefunden. Heilung der Symptome geht langsam vor sich. An manchen Fingern blieb Restitutio ad integrum aus.

M. Porosz-Budapest.

Röntgenbehandlung der Pernionen, von P. Mészöly-Budapest. (Orv. Hetilap, 1924, Nr. 50; Vortrag geh. in d. Ung. Ärztl. Röntgenverein.) Bei 115 Pat. wurden seit 4 Jahren die Erfahrungen gesammelt. In allen Fällen trat eine Besserung ein, in 77,5% eine vollkommene Heilung. Die Ausführung der verschiedenen Methoden wird angegeben.

M. Porosz-Budapest.

Frostbeulen (Engelures), von L. Lortat-Jacob und Legrain. (Progr. méd., 1925, Nr. 1, S. 18.) Verschiedene, nichts Besonderes bietende Rezepte.

E. Levin-Berlin.

Die Röntgentherapie der Erfrierungsdermatitis, von J. Borak, Ztr.-Röntgeninstitut Wiener Allg. Krkh. (M. Kl., 1925, Nr. 5, S. 161—162.) Akrozyanose und Schwellung werden nicht beeinflußt, dagegen tritt meist eine schnelle Beseitigung der Erosionen, Pernionen, Rhagaden, juckenden und schmerzhaften Sensationen ein. Kleine Dosen (3 H), schwach filtriert (1 mm Al.), Wiederholung eventuell nach 8—14 Tagen, selten öfter nötig.

E. Levin-Berlin.

Sympathektomia periarterialis, von K. Borszéky-Budapest. (Orv. Hetilap, 1924, Nr. 50.) 25 Fälle. 1. Malum perforans pedis bei Tabetikern. 3 Fälle. Seit Jahren bestehend. Heilung in 21, 49 und 56 Tagen. 1 Fall rezidivierte in 2 Monaten. Die anderen 2 konnten nicht kontrolliert werden. 2. Arteriosklerotische Gangrän. 6 Fälle. 3 wurden günstig beeinflußt, 3 ungünstig. 3. Ulcera cruris, 10 zur Amputation reife Fälle. 5 Heilung ohne lokale Therapie, 4 nur mit Ergänzung einer Transplantation, 1 Fall blieb refraktär. 4. Ulzera am Fuße nach Nervenschädigung. 2 Fälle. Heilung in 4 und 6 Wochen. 5. Tuberkulöse Fisteln am Fuße. 2 Fälle ohne Erfolg. 6. Sympathektomie der beiden Karotiden und Entfernung der beiden Ganglia stellata. Die Angina pectoris blieb gänzlich aus, doch der Pat. bekam eine Bronchopneumonie und starb am 10. Tag.

M. Porosz-Budapest.

Untersuchungen der Gefäßwand nach der periarteriellen Sympathektomie und technische Bemerkungen zu dieser Operation, von H. F. O. Haberland-Köln. (Arch. f. kl. Chir., 1924, Bd. 132, H. 4, S. 621.) Verf. hat festgestellt, daß das umliegende Gewebe bald nach der Sympathektomie eine starre bindegewebige Hülle um das Gefäßrohr legt, die eine Ausdehnung desselben verhindert, indem sie die Adventitia völlig ersetzt. Nach 18 Tagen im Durchschnitt kann das Rohr wieder leicht aus dem umliegenden Gewebe herausgenommen werden. Nach 51 Tagen imponiert das Gefäßrohr wie ein gewöhnliches. Es kann in seiner Gesamtheit leicht präpariert werden. Der Defekt der Gefäßwand ist durch Bindegewebe ersetzt, die funktionelle Anpassung dadurch bewirkt, daß infolge von Pulsschlägen eine Transformation dieses Bindegewebes bewirkt wurde. Die klinische Beobachtung, daß nach 6—8 Wochen nach der Sympathektomie schon wieder Rezidive auftreten, entspricht genau diesem Zeitpunkt des Ersatzes der Adventitiae durch das Bindegewebe.

A. Rosenburg-Mannheim.

Eine Modifikation der periarteriellen Sympathektomie, von R. Ahrens-Remscheid. (Zbl. f. Chir., 1925, Nr. 1, S. 11.) Verf. exstirpiert nicht die Adventitia, wie es sonst wohl allgemein üblich ist, sondern er schiebt sie nach Spaltung in der Längsrichtung stumpf von der Media ab. Dieses Verfahren soll schonender sein als die scharfe Durchtrennung und eine Herabsetzung der Infektionsgefahr bedeuten. Ob es notwendig ist, Sehnenscheidenentzündungen mit dieser „Sympathikolyse" zu behandeln, statt mit der ungefährlicheren Stauungshyperämie, mag dahingestellt bleiben.

F. Landauer-Berlin.

Zur Frage der periarteriellen Sympathektomie, von O. Hahn, Chir. Univ.-Kl. Breslau. (Zbl. f. Chir., 1925, Nr. 1, S. 9.) Die Hyperämie, die wir nach der periarteriellen Sympathektomie an der operierten Extremität auftreten sehen, scheint nicht

Digitized by Google

auf einer Unterbrechung zentrifugaler Bahnen zu beruhen, wie man zuerst annahm, sondern auf einer Leitungsunterbrechung zentripetaler. Durch Ausschaltung der langen, in der Adventitia verlaufenden zentripetalen Nerven wird ein Teil der zentripetalen Reflexbahnen für den Vasokonstriktorentonus unterbrochen; dadurch sinkt der Konstriktorentonus, es kommt also zu einer Hyperämie. F. Landauer-Berlin.

Urtikaria und Exantheme.

Urtikaria-Prurigo bei Leukämie, von E. Liebner-Budapest. (Orv. Hetilap, 1923, Nr. 50.) Seit 2 Jahren allmählich sich entwickelnde allgemeine Adenopathie. Seit 3 Wochen heftiges Jucken und pruriginöse, urtikarielle Effloreszenzen. Blutbild: Leukozyten 38300, Erythrozyten 3650000, 81% Lymphozyten. Ständig fieberlos. Die Hautsymptome entsprechen einer Leukämie nicht. Röntgen blieb ohne Erfolg. M. Porosz-Budapest.

Experimente zur Pathogenese der Urtikaria und akuten Dermatitis, von L. Török und E. Rayka. (Gyógyászat, 1924, Nr. 47.) Nach Verhinderung der arteriellen Blutzirkulation kommt das urtikarielle Ödem nicht zustande, weder auf Morphium, noch Atropin, noch Pepton oder auf Anwendung des galvanischen Stromes (Wirz). Ist die Verhinderung nicht vollkommen, bilden sich die Ödeme langsamer und sind lockerer. Blutdruck wurde mit Riva Rocci gemessen. Auch die vor der Abbindung ausgelöste Blutfülle (Muskelarbeit, Massage) änderte die Folgen nicht. Zur Auslösung der Vasodilatation ist der arterielle Druck notwendig. Durch die urtikariogenen Stoffe wird die Permeabilität der Gefäße gesteigert. Hyperämie und Ödem, welche künstlich hervorgerufen werden, bleiben auch dann nicht aus, wenn die Verbindung mit dem Zentralnervensystem unterbrochen ist. M. Porosz-Budapest.

Einige Urtikariafälle, von M. Lévai-Budapest. (Gyógyászat, 1924, Nr. 2, 3.) Drei schwere, langdauernde, rezidivierende Fälle nach Sonnenbestrahlung, Rauchfleisch- und Säuregenuß (Salat, Gurken, Zitronen und mit zitronensafthaltigem Gebäck). Da die Ursachen verschiedene interne, externe, von Blutversorgung und Nervenfunktionen abstammende anaphylaxieähnliche Erscheinungen sind, will der Verf. statt der differenten Benennungen den Namen „Urtiködembereitschaft" der Haut vorschlagen. M. Porosz-Budapest.

Ein Erythema exsudativum multiforme auf der Vaginalschleimhaut und auf der Portio vaginalis, von J. Holzschuh, Univ.-Frauenkl. Zürich. (Zbl. f. Gyn., 1925, Nr. 1, S. 56.) 30jähr. Frau, die früher wiederholt Gelenkrheumatismus hatte, weist ein ausgebreitetes Erythema exsudativum multiforme der Haut auf, und gleichzeitig Ulzera von etwa Linsengröße an der Schleimhaut der Wange und des Gaumens. Im Verlauf der klinischen Beobachtung bildet sich auch an der Portio ein flaches, von einem roten Hof umgebenes Ulkus mit zackigen Rändern und schmierig belegtem Grund. Kurz darauf Schwellung und Schmerzen in den Gelenken. Histologisch nur das Bild einer ulzerierenden Entzündung, auch bakteriologisch nichts Spezifisches. Differentialdiagnostisch können Lues, Blennorrhoe, Ulcus molle und Aphthen ausgeschlossen werden. Therapeutisch wurde Natrium salicylicum gegeben, wonach die Erscheinungen schnell zurückgingen. F. Landauer-Berlin.

Herpes.

Ungelöste Probleme und aktuelle Fragen auf dem Gebiete der Pathologie des Herpes, von A. Luger und E. Lauda, II. Med. Univ.-Kl. Wien. (W. kl. W., 1925, Nr. 1, S. 33.) Die Bedeutung des Herpesvirus als ätiologischer Faktor für die epidemische Enzephalitis, wie anfangs angenommen, kann wohl nicht in vollem Umfang aufrecht erhalten werden. Dagegen sprechen die zahlreichen negativen Befunde bei epidemischer Enzephalitis, während die positiven Angaben durchwegs von sporadischen Enzephalitisfällen herrühren; andererseits ist auch das Virus im Lumbalpunktat bzw. Gehirn und Blut von nicht Enzephalitiskranken nachgewiesen worden. Höchstens könnte man eine sporadische, herpetische Enzephalitis von der Encephalitis epidemica abgrenzen. Die Tatsache, daß beim geimpften Tier das Virus außer im Gehirn auch im Rückenmark sowie in den Hirn- und Spinalganglien nachweisbar ist, schafft gewisse Beziehungen zum Herpes zoster, die dadurch noch erhärtet werden konnten, daß sich bei zwei Fällen von zosterartig angeordneten Eruptionen das Herpes-simplex-Virus einwandfrei im Tierversuch nachweisen ließ. Vielleicht spielt der Ort des Haftens des Virus dabei eine gewisse Rolle, indem z. B. die Affektion der Epithelzellen und der Nervenendverzweigungen zum Herpes simplex, die Herpesneuritis bzw. Myelitis und vor allem die herpe-

Digitized by Google

tischen Entzündungen der Ganglien zum herpetischen Zoster führen. Die Annahme einer Identität zwischen Zoster und Varizellen ist vorläufig noch völlig unbewiesen.
B. Peiser-Berlin.

Experimentelle Untersuchungen über Herpes, von E. Gildemeister und K. Herzberg-Berlin-Dahlem. (D. m. W., 1925, Nr. 3, S. 97.) Herpesvirus ruft nach Verimpfung auf die Planten von Meerschweinchen typische Blasenbildungen hervor. Nach kutaner Impfung sind die Blasen oberflächlich gelegen, von Hirsekorngröße bis zu einer Ausdehnung über die ganze Planta. Der Blaseninhalt ist serös und eitrig. Nach intrakutaner und subkutaner Verimpfung entsteht an der Einstichstelle eine Blase, daneben aus der Tiefe heraus eine oder mehrere Blasen, die konfluieren. Das unter der Kutis gelegene Gewebe ist nekrotisch geworden. Die Virulenz des Virus ist recht verschieden. Generalisierung der Hauterscheinung oder zerebrale Erscheinungen wurden in keinem Falle beobachtet. Das Herpesvirus läßt sich in Passagen auf den Planten fortzüchten. Durch die Passagen kann das Virus derart verändert werden, daß es von der 7. Passage an nicht nur örtliche Erscheinungen an der Kornea von Kaninchen, sondern die typischen Erscheinungen der Herpesenzephalitis hervorzurufen imstande ist. F. Harry-Wiesbaden.

Ergebnisse der neueren experimentellen Forschungen über die Ätiologie der Herpes simplex und des Zoster, von R. Doerr-Basel. (Zbl. f. Haut- u. Geschlechtskrkh., 1924, Bd. 15, H. 1/2, S. 1, H. 3/4, S. 129.)

Herpetiforme Erkrankung der Hornhautrückfläche (Herpes corneae posterior), von W. F. Schnyder-Solothurn. (Kl. Mbl. f. Augenheilk., 1924, Bd. 73, Sept./Okt., S. 385.) Krankengeschichte einer Pat., bei der es sich um wiederholt beobachtete, bisher unbekannte Veränderungen der Hornhautrückfläche handelt, die subjektiv zu heftigem Stechen im betreffenden Auge führten und mit außergewöhnlich häufig rezidivierendem Herpes labialis einhergingen. Letztere Erscheinungen begannen nach einer überstandenen Grippe schon 3 Jahre vor dem ersten Auftreten der Hornhautaffektion. Verf. erblickt in dem beschriebenen Falle mangels anderer ätiologisch in Betracht kommender Momente eine erstmalig beobachtete herpetiforme Erkrankung des Endothels. Diese Endothelbläschen platzen nicht so leicht wie beim Herpes der Kornea und der Haut, denn sie sind an der Kornearückfläche vor Eintrocknung und mechanischen Insulten geschützt. Die Erkrankung kann nur endogen auf dem Blut- oder Lymphwege entstanden sein.
F. Jacobsohn-Berlin.

„Herpetischer Zoster", Kerneinschluß oder Kerndegeneration?, von B. Lipschütz-Wien. (Zbl. f. Bakt., 1924, Bd. 93, H. 5, S. 361.) Verf. zweifelt die Richtigkeit der Diagnose eines Falles, den Luger und Lauda im Zbl. f. Bakt., Bd. 91, beschrieben haben, an. Mit einer an Sicherheit grenzenden Wahrscheinlichkeit wird es sich in dem zur Untersuchung herangezogenen Fall um einen „zosteriformen Herpes" gehandelt haben, den die Dermatologen und Neurologen wohl von einem Herpes zoster zu unterscheiden wissen. Demnach sind alle weiteren Ausführungen und Folgerungen der Autoren nicht zutreffend. Verf. verteidigt sodann auf Grund seiner bisherigen Arbeiten und der experimentellen Bestätigungen anderer Forscher seine Auffassung über das Wesen der Zoster- und Herpeskörperchen, die er bekanntlich als Zelleinschlüsse im Sinne der Chlamydozoenlehre gedeutet hat, während Luger und Lauder eine degenerative Veränderung des Kernes annehmen.
F. Harry-Wiesbaden.

„Herpetischer Zoster", Kerneinschluß oder Kerndegeneration?, von A. Luger und E. Lauda. (Zbl. f. Bakt., 1924, Bd. 93, H. 6, S. 469.) Die Verff. halten gegenüber Lipschütz daran fest, daß es sich in ihrem Falle um einen echten Herpes zoster mit Herpesvirus im Blaseninhalt gehandelt hat — die Zosterdiagnose wurde unabhängig von den Verff. auch in der Klinik Wagner-Jauregg gestellt —, ferner, daß es sich bei Lipschütz' „Kerneinschlüssen" um Degenerationsprodukte des Kerns handle, die übrigens von ihnen mit der Heidenheinschen Degenerationsform nicht identifiziert, sondern nur in Parallele gesetzt worden seien — auch Spielmeyer zweifelt nach Einsichtnahme in die Präparate nicht an der rein degenerativen Natur dieser Gebilde —, endlich daran, daß diese Veränderungen mit den von Unna und Kopytowski beschriebenen in Zusammenhang stehen.
F. Wohlwill-Hamburg.

Herpes zoster und Optikuserkrankung, von F. Deutschmann-Hamburg. (Kl. Mbl. f. Augenheilk., 1924, Bd. 73, Nov./Dez., S. 776.) Bei einem 54jähr. Pat. entwickelte sich im Anschluß an einen typischen frischen Bläschenausschlag im Gebiet des rechtsseitigen Nervus frontalis eine rechtsseitige Optikusatrophie. Verf. hält die retrobulbäre Neuritis für eine „herpetische" und glaubt, daß das Virus von den Nervenscheiden der Trigeminusäste durch die Orbita zum Sehnerven gewandert sei. H. Fendt-Wiesbaden.

Digitized by Google

Epinephrin in der Behandlung der Schmerzen beim Herpes zoster (Epinephrin in the Treatment of the Pain of Herpes Zoster), von W. W. Duke-Kansas City. (J. Am. med. Ass., 1924, Bd. 83, Nr. 24, S. 1919.) Verf. gibt in kleinen Dosen und kurzen Abständen (5 Min.) das Medikament solange subkutan, bis die Pat. subjektives Unbehagen spüren oder sich ein Epinephrintremor zeigt, was individuell sehr verschieden zu sein scheint. Die Schmerzen sind dann geschwunden. Treten sie wieder auf, kann die Behandlung ohne Schaden für den Pat. wiederholt werden. F. M. Peter-Hamburg.

Prurigo und Pruritus.

Zur Frage der Ätiologie und Therapie des Pruritus, von L. Haas-Budapest. (W. kl. W., 1924, Nr. 52, S. 1328.) Verf. präzisiert gegenüber Werner seine Auffassung dahin, daß die Entstehung des Pruritus auf den gesteigerten Reizzustand sensibler Nervenendigungen zurückzuführen ist, der sehr oft durch inkretorische, aber auch durch andere Einflüsse weiter gesteigert werden kann. Im übrigen unterscheidet er für die Pathogenese des Pruritus neben diesem endogenen Faktor der latenten gesteigerten Ruheinnervation noch einen exogenen Faktor, der natürlich primär und sekundär oder auch beides sein kann. Diese Faktoren sind alle therapeutisch zu berücksichtigen. Also muß die Therapie auch bei endokrin bedingten Fällen bestehen in Organotherapie und Röntgentherapie sowie in Ausschaltung der exogenen, primären Faktoren wie Fissuren, Obstipation, Fluor usw. und der sekundären exogenen Faktoren — Kratzen — durch Psychotherapie. F. Jacobsohn-Berlin.

Thermische und traumatische Hautschädigungen.

Über Tintenstiftverletzungen bei Tier und Mensch. Experimentelle und klinische Studie, von E. Glass und Emilie Krüger-Hamburg. (D. Zschr. f. Chir., 1925, Bd. 189, H. 4—6, S. 382—391.) Tintenstiftverletzungen erscheinen ursprünglich sehr harmlos und werden leicht vernachlässigt. Es ist Exzision alles mit Tintenstift getränkten bzw. nekrotischen Gewebes und Entfernung aller Tintenstiftreste erforderlich. Andernfalls kommt es zu schweren Störungen des Allgemeinbefindens. Weiße Mäuse sind gegenüber Tintenstifteinlagerungen unter die Haut und Injektionen von Farbstoffen der Triphenylmethanreihe außergewöhnlich widerstandsfähig. Sie lebten monatelang und überstanden die Krankheit rasch, die Allgemeinerscheinungen erschienen viel geringer als beim Menschen. Mikroskopisch das gleiche Bild der Tintenstiftnekrose. Reparationsvorgänge nach der Nekrose. E. Levin-Berlin.

Impetigo, Pyodermie, Diphtherie.

Organisation der Diphtherie-Schutzimpfung in München, von R. Degkwitz, Univ.-Kinderkl. München. (Kl. W., 1925, Nr. 3, S. 124.) Verf. hat mit großem Erfolge es verstanden, für die Diphtherieschutzimpfung, die in Amerika und in anderen Ländern schon in großem Umfange populär ist, auch in München Propaganda zu machen. Er hat binnen kurzer Zeit durch geschicktes Arbeiten, daß jedem zur Nachahmung nur zu empfehlen ist, der das Publikum interessierende medizinische Fragen verbreiten will, es erreicht, daß die Kinder spontan zur Impfung gebracht wurden. Die Propaganda hat er nicht nur durch Vorträge in Ärztekreisen und wissenschaftliche Arbeiten eingeleitet, sondern sich zunächst an das Publikum durch Vorträge, Merkblätter und durch den Rundfunk gewandt, während gleichzeitig durch die Fürsorgeschwestern ein ganzes Netz von Auskunftstellen eingerichtet wurde. Auf diese Weise hat es Verf. erreicht, daß sich die Diphtherieschutzimpfung nicht nur in München, sondern auch in großen Teilen Bayerns großer Beliebtheit erfreut. E. Langer-Berlin.

Ekzem, Rosazea.

Reizversuche mit physiologischen Substanzen auf der Haut von Normalen und Ekzematikern, von O. Schürch, Derm. Kl. Zürich. (Kl. W., 1925, Nr. 1, S. 11.) Während man bei Hautreizversuchen an der Ekzematikerhaut in etwa 5% der Fälle auf eines der Hautreizmittel eine Dermatitis erhält, hat Verf. ähnliche Versuche mit körpereigenen Stoffen gemacht, so mit Natriumurat, Milchsäure, Traubenzucker, Glykokoll, β-Oxybuttersäure, Azeton, Adrenalin, Phenol, Brenzkatechin, gallensaure Alkalien, hippursaures Natrium, Kresol. Alle waren in 1%iger, nur Adrenalin in 1‰iger Lösung.

Digitized by Google

Die Versuche an 377 Personen, darunter 71 Ekzematikern, ergaben, daß die sämtlichen Reaktionen negativ ausfielen, wenn man nicht 21 ganz leichte Reaktionen, die kaum als vorhanden zu werten waren, als positiv ansehen will. Dagegen zeigten von denselben Personen bei einer Nachprüfung mit den üblichen Hautreizmitteln von 57 mit körpereigenen Stoffen geprüften Ekzematikern etwa 50% einen positiven Reizversuch. Trotz dieses, wenn auch eigentlich nicht überraschenden Ergebnisses wäre es falsch, nunmehr die Entstehung des Ekzems auf der Basis von Stoffwechselstörungen abzustreiten. Hierbei spielen wahrscheinlich quantitative Unterschiede gegenüber den physiologischen Mengen eine Rolle. Es scheint bei den Idiosynkrasien nur die chemische Struktur des Reizkörpers zu entscheiden. Und es stellt somit anscheinend das Ekzem nichts anderes dar als eine Reaktion des Organismus zur Abwehr der ihm körperfremden Stoffe, die durch die Entzündung „verdünnt, abgebaut, eliminiert usw." werden sollen.

E. Langer-Berlin.

Wasserhaushalt und Haut, von E. Pulay-Wien. (D. m. W., 1924, Nr. 47, S. 1610.) Verf. weist auf die Bedeutung des Wasserhaushaltes in der Pathologie und Therapie der Haut hin. Während bisher die allgemeine Behandlung der Ekzeme lediglich die Tätigkeit des Darmes berücksichtigt, zeigt Verf. an zwei Beispielen, welche Bedeutung der Niere und der sogenannten Vorniere zukommt. Ein 21 Monate altes Kind leidet seit 13 Monaten an einem universellen nässenden und juckenden Ekzem. Die Tagesmenge Harn betrug 150 ccm. Auf Diuretingabe (0,5 in Suppositorien) trat Steigerung der Harnmenge, Nachlassen des Juckreizes ein. Nach Aussetzen der Diuretingaben sank wiederum die Harnmenge, und damit begann der Juckreiz von neuem. Nun erhielt das Kind jeden zweiten Tag 0,1 Thyreoidea und war in kürzester Zeit geheilt. Seit einem Jahr ist es völlig rezidivfrei. In einem anderen Falle betrug die Harnmenge 400 ccm pro die. Auf Thyreoideagaben prompte Steigerung der Diurese und Heilung.

F. Harry-Wiesbaden.

Behandlung des neurogenen Ekzems mit Höhensonne, von K. Mosse, Univ.-Kinderkl. Berlin. (D. m. W., 1924, Nr. 51, S. 1802.) Nach Abdeckung aller nicht vom Ekzem befallenen Hautpartien werden die erkrankten Stellen 20—25 Min. in einem Abstand von 25 cm bestrahlt. Es stellt sich zunächst Rötung, eventuell auch Schwellung ein, später erfolgt die Abstoßung der gesamten oberen Epidermisschichten. 8—10 Tage nach der ersten Bestrahlung, wenn alle Reaktionserscheinungen abgeklungen sind, kann die zweite Bestrahlung vorgenommen werden. Der Juckreiz hört meist 1—2 Tage nach der Bestrahlung auf. Eine Änderung der Konstitution kann natürlich nicht herbeigeführt werden.

F. Harry-Wiesbaden.

Röntgenbehandlung der Nasenekzeme, von A. Nagy-Budapest. (Gyógyászat, 1924, Nr. 38.) 27 der medikamentösen Behandlung trotzenden Fälle wurden ein einziges Mal bestrahlt, und der Erfolg war absolut gut und prompt. Das Jucken und Brennen hörte in einigen Stunden auf, die Hyperämie der Naseneingänge verschwand, so auch in 1—2 Tagen die Infiltrationen. Eine zweite Bestrahlung wurde nur aus Vorsicht gegen die Rezidive angewendet. Nach 2 Jahren noch keine Rezidive zu sehen gewesen.

M. Porosz-Budapest.

Psoriasis.

Die Indikationen der kombinierten externen und intravenösen Psoriasistherapie, von Hübner, Hautkl. Städt. Krkhs. Elberfeld. (D. m. W., 1925, Nr. 2, S. 59.) Die kombinierte Behandlung der Psoriasis (Natr. salicyl. 20% intravenös und $^1/_4$% Chrysarobinpaste) ist hauptsächlich nur dann erfolgreich, wenn keine allzustarke Verhornungstendenz der Epithelien vorliegt und die Kapillaren genügend elastisch sind, um auf den Reiz des Salizylates mit Erweiterung zu reagieren. Fälle von Psoriasis ostracea, ferner alte Individuen und mehrfach und intensiv Behandelte sind daher für die Kombinationstherapie wenig geeignet. Die Injektionen werden zweimal wöchentlich ausgeführt, und zwar werden 10 ccm, dann 15 ccm je einmal und 20 ccm achtmal injiziert. Kinder erhalten entsprechend geringere Mengen. Verf. verwendet die von der Firma A. Bernard Nachf., Berlin C 19, hergestellten Psoriasal-Ampullen.

F. Harry-Wiesbaden.

Behandlung der Psoriasis vulgaris und des chronischen, universellen Ekzems mit Neosalvarsan, von Balaschoff.

Zur Behandlung der Psoriasis vulgaris, von Petroff. (Wratschebnaja Gaseta, 1924, Jg. 28, Nr. 21—23.) Beide Verff. berichten über einige gute Erfolge der Schuppenflechte und des Ekzems mit intravenösen Neosalvarsaninjektionen, letzterer auch noch bei ersterer Krankheit mit Infusionen von Kochsalzlösung und von NaBr.

A. Jordan-Moskau.

Digitized by Google

Bullöse Dermatosen.

Die pathologische Bedeutung des Schleimhautpemphigus, von J. Moskovitz-Budapest. (Magyar Orvos, 1924, Nr. 19.) Bei einem 79jähr. Manne mit Nasenblutungen fand Verf. einen pemphigusartigen Ausschlag in der Nase und im Rachen. Die Blasen waren teilweise aufgesprungen und entleerten Blut. 7 Tage nach dem Stillstande der Blutung Exitus. Fall 2. Eine 31jähr. Frau leidet an Blutspucken und Mundschmerzen. Die Schleimhäute des Mundes, Gaumens, der Zunge waren mit Blasen besät. Sie waren teilweise gesprungen und manche Stellen mit dickem, leicht entfernbarem Belag bedeckt. Die Stellen bluteten mit gesteigerter Salivation. Zähne sehr vernachlässigt. Die Krankheit soll vor 10 Tagen begonnen haben mit Symptomen einer Tonsillitis. Fieber beständig 38—39,5° C. Suffusionen der oberen und unteren Extremitäten. Das Blutbild war einer beginnenden Leukämie ähnlich. Bakterienzüchtung aus dem Blute war negativ. Die Pat. starb am 11. Tage der Krankheit. Der Verf. meint, diese Pemphigusarten deuten keine selbständige Erkrankung an, sondern sind nur Teilerscheinungen einer eventuellen latenten Sepsis. M. Porosz-Budapest.

Follikulitis, Furunkel, Akne.

Zur perkutanen Behandlung der Furunkulose mit „Staphimun", von O. Wiegand-Offenburg. (D. m. W., 1924, Nr. 44, S. 1514.) Empfehlung der Immunsalbe „Staphimun" zur Bekämpfung akuter und chronischer Staphylomykosen. Die Salbe wird an einer vom Furunkel entfernten Stelle zweimal täglich 5 Min. lang eingerieben. Die Behandlung wird noch einige Tage nach dem Verschwinden der Furunkel fortgesetzt. Hersteller der Salbe ist die Firma Grombacher & Co., G. m. b. H., Offenburg (Baden). F. Harry-Wiesbaden.

Erysipel, Phlegmone usw.

Über Phlegmonen und ihre Behandlung, von R. Eden, Chir. Univ.-Kl. Freiburg. (M. m. W., 1924, Nr. 40, S. 1388.) Verf. warnt davor, durch die neuerdings stark in den Vordergrund gerückte Chemotherapie den richtigen Zeitpunkt zum chirurgischen Eingriff zu verpassen. Auch heute gilt bei der Behandlung der Phlegmonen noch das Prinzip der frühzeitigen, ausgiebigen und dabei doch gewebsschonenden Spaltung. Diese kann allerdings unter Umständen wirksam unterstützt werden durch Vakzineinjektionen, durch eine unspezifische Reiztherapie oder auch durch die Kombination beider (Staphyloyatren). Von der Steigerung der bakteriziden Schutzkräfte durch Einspritzung von Antisera sah Verf. keinen Erfolg, auch nicht von der prophylaktischen Gewebsinfiltration. F. Landauer-Berlin.

Behandlung des Erysipeloids durch Umspritzung, von E. Huber-Würzburg. (Arch. f. kl. Chir., 1924, Bd. 132. H. 4, S. 646.) Verf. fand, daß das Erysipeloid durch Umspritzung mit 1%igem Novokain, aber auch mit physiologischer Kochsalzlösung oder 3%iger Traubenzuckerlösung günstig beeinflußt wird. Die Heilungsdauer wird wesentlich abgekürzt. Verf. glaubt, daß der chemische Entzündungsreiz, der zur örtlichen Hyperämie führt, als der wirksame Faktor angesehen werden muß. Novokain aber wird wegen der geringen Schmerzhaftigkeit des Verfahrens noch besonders bevorzugt. Bei lange bestehender Infektion wird die Umspritzung dem Jodanstrich sowie der Ichthyolsalbe usw., die ebenfalls eine örtliche Hyperämie erzeugen, vorgezogen. A. Rosenburg-Mannheim.

Tropische Krankheiten.

Über die Einwirkung von Germanin („Bayer 205") auf Leishmanien, von Sch. Moschkowsky, Tropeninstitut Moskau. (Arch. f. Schiffs- u. Trop.-Hyg., 1924, Bd. 29, H. 1, S. 40.) „Bayer 205" hat in vitro keinen deutlichen Einfluß auf turkestanische Hautleishmanien. Bei Verdünnung 1:100 im hängenden Tropfen höchstens Unbeweglichkeit der Leptomaden, die teils unverändert blieben, teils Zerfall zeigten. Kulturen mit 2%igem Germanin durchsetzt, gaben keine Hemmung der Vermehrungsfähigkeit. Lokale und intrakutane oder intravenöse Behandlung der Orientbeule hatte in allen 7 Fällen gleichfalls keinen Erfolg. Ein Fall von Kala-Azar, der viszeralen Leishmaniose Turkestans, wurde durch Germanin ebensowenig therapeutisch beeinflußt. Verf. warnt vor brüsker Anwendung des Germanins bei Kala-Azar wegen der toxischen Einwirkung des Mittels auf Blut und blutbildende Organe. Die Erfahrungen stehen im Gegensatz zu den Urteilen von Lindenberg, Yorke und Mollow. H. Lippert-Köln a. Rh.

Digitized by Google

Versuch der Behandlung der Orientbeule mit Antimon, von Hosukin. (Wratschebnaja Gaseta, 1924, Jg. 28. Nr. 21—22.) Bei Beurteilung der Wirkung eines Mittels auf die Leishmania tropica kommt es vor allem darauf an, wann dasselbe angewandt wird; denn mit der Zeit hat diese Krankheit sowieso Neigung zum Schwinden. Unter diesem Gesichtspunkte betrachtet, scheint der Tart. stibiatus keinen Einfluß auf die Leishmania tropica zu haben. A. Jordan-Moskau.

Lymphogranulomatosis inguinalis, von F. Fischl. II. Derm. Abt. Allg. Krkhs. Wien. (Zbl. f. Haut- u. Geschlechtskrkh., 1925, Bd. 15, H. 1/2, S. 1.) Sammelreferat.

Über einen seltenen Fall von Sklerom und seine Heilung durch Röntgenstrahlen, von E. Eisner und E. Katzschmann-Hindenburg. (Zschr. f. Laryng., Rhin. u. i. Grenzgeb., 1924, Bd. 12. H. 6, S. 444.) Ein etwa 30 Jahre alter Arbeiter hat sich die Erkrankung wahrscheinlich als Kriegsgefangener in einem Barackenlager in Südfrankreich erworben und sie später nach Schlesien mitverschleppt. Beginn der Erkrankung an der rechten Wange: harte Schwellung, die von verschiedenen Ärzten nicht diagnostiziert wurde. Verdacht auf Syphilis, jedoch Spirochätenuntersuchung und WR negativ; Jodkali ohne Erfolg. Auf Röntgenbehandlung rapider Rückgang des Tumors. Rhino-Sklerombazillen wurden in einem Ulkus an der Wange und im Nasenschleim nachgewiesen. H. Fendt-Wiesbaden.

Luetische Infektion eines Patienten, der an Framboësia tropica erkrankt ist (Syphilitic Infection in a Patient Suffering from Yaws), von A. McKenzie-London. (Lancet, 1924, Bd. 207, Nr. 5286, S. 1280.) Der Pat. stand 1922 wegen Framboësia tropica in Behandlung und wurde ohne klinische Erscheinungen entlassen. Als er sich 2 Jahre später wieder in Krankenhausbehandlung begab, zeigte er einerseits ein typisches sekundäres Syphilid, weiter aber auch ebenso einwandfreie sekundäre Effloreszenzen der Framboësia tropica. Es wird die Frage aufgeworfen, ob es sich das zweite Mal um eine frische Infektion mit Framboësia handelt oder ob die erste nicht ausgeheilt war. F. M. Peter-Hamburg.

Belichtungs- und Ernährungsstörungen.

Über Cholesterinämie beim Skorbut, von N. A. Ssokoloff-Leningrad. (D. Arch. f. kl. Med., 1924, Bd. 145, H. 3 u. 4, S. 236.) Verf. fand bei Skorbutkranken eine Abnahme des Cholesteringehaltes im Blut, die der Schwere des Krankheitsfalles parallel zu gehen scheint. In der Rekonvaleszenz kehrt der Cholesteringehalt des Blutes wieder zur Norm zurück. Es handelt sich dabei wohl nur um ein Symptom im Krankheitsbilde des Skorbuts, dem keine ätiologische Bedeutung beizumessen ist. Veränderungen der Nebennieren spielen dabei zweifellos eine große Rolle. (Derartige Veränderungen der Nebennierenrinde sind schon vor langer Zeit von Rondoni beschrieben worden. Ref.) B. Peiser-Berlin.

Pellagrafälle, von A. Szarvas-Kecskemét. (Orv. Hetilap, 1924, Nr. 49.) Beschreibung von 6 Fällen. Bei allen war die Haut befallen. Ein Pat. war wegen Diarrhoe ins Spital aufgenommen. Alle waren schlecht genährt, herabgekommen, anämisch. Geistig beeinflußt waren 4 Fälle. Sie lebten in schlechten hygienischen Verhältnissen. Ihre Hauptnahrung waren Brot, Mehlspeisen, sehr wenig Fett; Fleisch genossen sie fast nie. Nur bei zweien konnte man mäßiges Maisessen konstatieren. Die Pat. waren von der Umgebung von Kecskemét, wo, wie sie behaupten, ihre Krankheit in Familien, bei Blutsverwandten oft vorkomme. Der Ehemann und Kinder waren erkrankt, die Frau nicht. In einem Falle war dieser Zustand auch ärztlicherseits festzustellen. Die Pat. stammten aus Malariagegenden, wo der Verf. oft Gelegenheit hatte, Anophelesmücken zu fangen. Verf. vermutet einen Zusammenhang zwischen diesen oder anderen Insekten mit der Pellagraübertragung. M. Porosz-Budapest.

Endokrine Störungen.

Dermatitis menstrualis (erysipelioidea), von K. Berde-Szeged. (Orv. Hetilap, 1924, Nr. 14.) Eine 33jähr. Frau, die drei Kinder hatte, bemerkte seit zwei Jahren, daß ihre Menstruation nur einen Tag anhielt und die Augen, Stirn und Gesicht einen erysipelartigen Ausschlag zeigten. Mit dieser Krankheit wurde sie in die Klinik aufgenommen. Da war zu beobachten, daß ihrer Menstruation wiederholt diese rotlaufartige Erkrankung vorangeht, mit Schleimhautödemen des Mundes, Rachens und der Zunge, an welcher auch eine Blase sichtbar wurde. Temp. bis 40°. Hindernisse beim Schlucken

Digitized by Google

und Atmen. Auf Tracheotomie mußte man sich vorbereiten. Nach Erscheinung der Blutung (nur andeutungsweise) war alles in drei Tagen vorüber. Nach zweimaliger Wiederholung dieser Symptome, gegen welche weder Glanduovin noch Optokalzil Nutzen brachten, wurden die Ovarien mit Röntgen bestrahlt. Nach einer 62tägigen Menopause wurde sie ohne Rezidiv als gesund entlassen. M. Porosz-Budapest.

Zur Pathogenese der diffusen Sklerodermie. Zugleich ein Beitrag zur Pathologie des Epithelkörperchens, von E. J. Kraus, D. Path. Univ.-Inst. Prag. (Virch. Arch., 1924, Bd. 253, H. 3, S 710.) Eingehende, vor allem mikroskopische Untersuchung fast sämtlicher Organe, einschließlich der endokrinen Drüsen, eines Falles von diffuser Sklerodermie bei einer 32jähr. Kranken. Es wurde dabei eine schwere nekrotisierende Endarteriitis bzw. Panarteriitis der kleinen Gefäße in Haut, Unterhautgewebe, Körpermuskulatur, peripherischen Nerven, Mark der Finger- und Zehenknochen und Zäpfchen festgestellt. Die Media der kranken Arterien war verhältnismäßig wenig beteiligt. Die elastischen Fasern der Haut sind vermehrt, an der Atrophie der Epidermis nimmt an Fingern und Zehen auch die Hornschicht teil. Schwer verändert sind die peripherischen Nerven, am stärksten der Medianus, im Sinne degenerativer Vorgänge mit nachfolgender Binde- und Fettgewebswucherung. Das Rückenmark zeigt Schrumpfung einzelner Ganglienzellen in Vorder- und Hinterhörnern, keine Gefäßveränderungen. Das Knochensystem weist allgemeine Atrophie auf. An der Hypophyse Vermehrung der Hauptzellen und häufig regressive Veränderungen aller drei Zellformen. Schilddrüse atrophisch, mit stellenweiser Verbreiterung des Zwischengewebes. Zwei von drei untersuchten Epithelkörperchen bieten das Bild einer chronischen interstitiellen Entzündung dar. Am Pankreas Atrophie der Acini, verhältnismäßige Vermehrung der Inseln, die im Kopf derselben vielfach hydropisch bzw. atrophisch erscheinen. Die an den Organen geschilderten Veränderungen, insbesondere der Haut, bringt Verf. mit der beschriebenen Gefäßveränderung in Verbindung. Die an den endokrinen Drüsen erhobenen Befunde stehen nach Ansicht des Verf. in keinem Zusammenhang mit der Sklerodermie, insbesondere nicht die beschriebene „Epithelkörperchenzirrhose", bezüglich deren es der Verf. unentschieden läßt, ob es sich um ein zufälliges Zusammentreffen handelt, oder ob die Zirrhose eine Folge der Sklerodermie ist. Bei der festgestellten Integrität der Nebennieren ist in der Überpigmentierung der Haut eine durch Erkrankung der Haut selbst bewirkte Pigmentstoffwechselstörung zu erblicken. Da von einer Reihe von Autoren Fälle von Sklerodermie ohne Gefäßveränderungen beschrieben sind, dürfte anzunehmen sein, daß bisweilen eine langdauernde funktionelle Gefäßstörung ohne morphologisch greifbares Substrat zur Sklerodermie führt. Die Ursache der im Falle des Verf. festgestellten Gefäßerkrankung ist völlig unklar. Die Zusammenhänge zwischen Sklerodermie und Basedowerkrankung sind nach Ansicht des Verf. im sympathischen Nervensystem zu suchen. Eugen Fraenkel-Hamburg.

Ein im Gefolge von Skorbut entstandener Fall von Sklerodermie, von Dobrotworskaja. (Medicinskaja Mysl., 1924, Jg. 3, Nr. 5—7.) Typische Sklerodermie der unteren Extremitäten, entstanden bei einem 49jähr. Manne im Anschluß an Skorbut infolge von Hunger und Überstehen des Fleck- und Rückfallfiebers. Da sich bei dem Kranken leichte myxödematöse Erscheinungen auf dem linken Oberschenkel, Verkleinerung der Schilddrüsen, diffuse Pigmentation der Unterschenkel, bedeutende Eosinophilie (10.8%) und allgemeine Niedergeschlagenheit fanden, hält Verf. als Ursache eine Trophoneurose, die in Verbindung steht mit Verminderung der endokrinen Drüsen, besonders der Schilddrüse. A. Jordan-Moskau.

Zur Pathogenese der Dystrophia adiposogenitalis, von W. Raab, Propädeut. Kl. der Deutschen Univ. in Prag. (M. Kl., 1925, Nr. 3, S. 87—91.) Verf. wendet sich vornehmlich gegen die Einwendungen, die E. J. Kraus (M. Kl., 1924, Nr. 37/38; Ref. diese Wschr., 1925, Bd. 80, S. 79) gegen seine Befunde erhoben hatte. Die Einwände werden sämtlich abgelehnt und weitere 4 Fälle mitgeteilt, die genetische Hauptgruppen der Dystrophia adiposogenitalis repräsentieren: 1. Hypophysenläsion durch Tumor, 2. Hypoplasie der Hypophyse, 3. Zwischenhirnläsion durch Hydrozephalus infolge entfernt gelegenen Hirntumors, 4. Zwischenhirn- (plus ev. Hypophysen-) Läsion durch Hydrocephalus internus nach einer Infektionskrankheit. E. Levin-Berlin.

Zur Pathogenese der Dystrophia adiposogenitalis (Schlußwort), von E. J. Kraus, Pathol. Inst. der Deutschen Univ. in Prag. (M. Kl., 1925, Nr. 3, S. 91—92.) Polemik gegen die vorhergehende Arbeit. E. Levin-Berlin.

Digitized by Google

Benigne Neubildungen und Mißbildungen.

Haemangioma cavernosum an der Unterlippe von großem Umfang, von E. Haller-Budapest. (Orv. Hetilap, 1924, Nr. 48.) Krankenvorstellung der Charité-Poliklinik. Der Pat. wurde mit Ignipunktur behandelt. Der Erfolg ist eine vollkommene, schöne Heilung. Diese Therapie ist dem Payrschen Magnesiumverfahren und der Diathermiebehandlung weit überlegen. Gefahrlos und kosmetisch anstandslos. M. Porosz-Budapest.

Zwillingsforschung und Nävusätiologie, von Læven-Elberfeld. (D. m. W., 1924, Nr. 46, S. 1580.) Vgl. Derm. W., Bd. 78, S. 555.

Xanthome und Xanthoblastome, von M. Silberberg, Path. Univ.-Inst. Breslau. (Virch. Arch., 1925, Bd. 254, H. 1, S. 56.) Beschreibung einer vom Fußrücken eines 61jähr. Mannes stammenden, zweifaustgroßen, stellenweise ulzerierten, auf dem Durchschnitt strohgelben Geschwulst. Histologisch sieht man einmal blasse Zellen mit kleinem Kern, die alveolenähnliche Maschen bilden, wabenförmig und im eingebeteten Material leer erscheinen. Daneben große Zellen mit zum Teil mehreren Kernen und mit schwärzlichem, feinkernigem Pigment beladen, das Hämosiderinreaktion gibt. Die bindegewebige Stützsubstanz tritt durchaus zurück. An mit Sudan behandelten Schnitten ist eine Ausfüllung der Hohlräume mit Lipoiden und Neutralfetten festzustellen. Nach diesem Befund (Schaumzellen und Riesenzellen) erklärt S. das ganze Gebilde für eine echte Geschwulst, für einen nach Lubarsch als Xanthoblastom zu bezeichnenden Tumor. Diese Gewächse können bösartig werden (Xanthosarkom), sie sind häufig mit Stoffwechselstörungen des Körpers vergesellschaftet. Ihnen gegenüber stehen die Xanthelasmen, bei denen als Folge örtlicher Stoffwechselstörungen in Zellen lipoide Einlagerungen stattfinden. Eugen Fraenkel-Hamburg.

Regressive Störungen und Atrophien.

Zur Therapie der Narben und der Keloide (A propos du traitement des cicatrices et des chéloides), von Ch. Du Bois-Genf. (Rev. méd. Suisse Rom., 1924, Nr. 11, S. 705.) Verf. hat bei Behandlung hypertrophischer Narben und Keloide mit Röntgenstrahlen die gleichen Erfolge erzielt wie mit Radium: jede die Haut überragende, harte, rote Narbe wird in eine flache, weiche und weiße umgewandelt. Die Technik des Verf. ist folgende: Die ersten 2—3 Bestrahlungen finden ohne Filter statt; Härte 7—8 Benoist; nicht über 5 H; sodann folgen Bestrahlungen mit $^1/_2$—1 mm AlF, wobei 10 H nicht überschritten werden. Alle 8 Tage findet eine Behandlung statt bis zum ersten Zeichen der Rückbildung; die Sitzungen werden sodann je nach dem Grad der Rückbildung seltener bis zur vollkommenen Heilung. Bei einem näher beschriebenen Fall von ausgedehntem Narbenkeloid nach Verbrennung hat Verf. in rund $5^1/_2$ Monaten 12 Behandlungen vorgenommen, die drei ersten ungefiltert, die übrigen mit 1 mm AlF. Röntgenschäden hat Verf. nicht beobachtet. H. Fendt-Wiesbaden.

Zur Krysolganbehandlung des Lupus erythematodes, von O. Kieß, Derm. Univ.-Kl. u. Polikl. Leipzig. (M. Kl., 1925, Nr. 2, S. 50—51). Lupus erythematodes ist die eigentliche Domäne der reinen Krysolganbehandlung. Nach Erfahrungen an 14 Fällen von Lupus erythematodes discoides und 1 Fall von Erythema perstans faciei ergab sich folgendes Schema: erste Injektion von 0,0001, wenn völlig reaktionslos vertragen nach 10 Tagen 0,00025, nach weiteren 10 Tagen 0.0005 und so fort bis zum Eintritt der Rückbildung, dann die gleiche Dosis, so lange noch Rückbildungserscheinungen zu bemerken sind mit dreiwöchigen Pausen, Steigerung der Injektionsmengen nach eventuell eingetretenem Stillstande. Ist man zu hohen Dosen von 0.05—0.075—0.1 gelangt, so kann eine Pause von 6—8 Wochen eingelegt und dann wieder mit kleinsten Anfangsdosen begonnen werden. Die Erfolge sind günstiger als bei jeder anderen Behandlungsart. E. Levin-Berlin.

Tagesgeschichtliche Nachrichten.

Habilitiert: Dr. Theodor Hryntschak in Wien für Urologie. R.

Nachdruck (auch des Abschnittes „Tagesg. Nachr.") ist ohne Genehmigung des Verlegers nicht erlaubt.

Verantwortlich für die Redaktion: für Originalabhandlungen und T. N.: Prof. Dr. J. H. Rille. Leipzig. Für den Referatenteil: Dr. M. Unna, Hamburg-Bergedorf.

Digitized by Google

Dermatologische Wochenschrift

Nr. 21 (Bd. 80) 23. Mai 1925

Aus der Klinik für Haut- und Geschlechtskrankheiten der kgl. ung. Stefan-Tisza-Universität in Debreczen (Vorstand: o.ö. Prof. Eduard Neuber).

Über die diagnostische Bedeutung der Senkungsgeschwindigkeit roter Blutkörperchen in der Dermatologie.

Von

Dr. Thomas Preininger, Assistent.

Die schon früher bekannte und in den letzten Jahren so verbreitete Senkungsreaktion roter Blutkörperchen verwendete Fahreus 1918 von neuem. Er fand nämlich bei graviden Frauen eine größere Senkungsgeschwindigkeit als bei Normalen. Seitdem ist man bestrebt, diese Reaktion in allen medizinischen Gebieten zur Differenzierung pathologischer Veränderungen auszubeuten. Nach Linzenmeyer soll mit Hilfe dieser Reaktion die Gravidität vom nicht graviden Zustand und den Tumoren, die ektopische Gravidität von entzündlichen Adnextumoren differenziert werden können. Löhr beobachtete bei allen entzündlichen, ferner mit Gewebszerfall und Resorption einhergehenden Prozessen eine Senkungsbeschleunigung. Nadolny, György und Bätzold meinen, bei Säuglingen in fieberfreien Zeiten auf Grund dieser Reaktion eine Lues congenita vermuten zu dürfen. Simó unterscheidet mit ihr die Arthritis deformans von akuten, chronischen, infektiösen Arthritiden. Andere (Frisch, Starlinger, Graefe, Hecht usw.) sprechen diesem Phänomen bei der Tuberkulose diagnostische prognostische Bedeutung zu.

Nach an syphilitischem Material angestellten Versuchen Plauts befaßten sich Popper und Wagner ausführlich mit dieser Frage und fanden bei syphilitischen Fällen zu 70% eine erhöhte Senkungsgeschwindigkeit. Den größten Teil dieses Prozentsatzes stellten floride Fälle bei, im Anfangsstadium und in behandelten seronegativen Fällen fanden sie kaum Abweichungen vom Normalen. Ähnliche Resultate ergaben auch die Versuche von Pewny, Mayr, Schönfeld und Kersting.

In der Dermatologie befaßten sich mit der Senkungsgeschwindigkeit roter Blutkörperchen Riecke, Guszman, Pewny und Kersting eingehender. Aus ihren Ergebnissen scheint hervorzugehen, daß diese Reaktion zu diagnostischen Zwecken in der Dermatologie nicht besonders zu verwerten sei.

Auch wir prüften an unserem klinischen Material die Frage, ob und inwieweit diese Reaktion zur Diagnose von Haut- und Geschlechtskrankheiten harangezogen werden kann. Bezüglich der Technik hielten wir uns an die Originalmethode von Fahreus.

Digitized by Google

2 ccm einer 2%igen Natriumzitratlösung und 8 ccm Venenblut. Diese Mischung füllten wir in 5 mm breite und 150 mm hohe Röhrchen; das Resultat hatten wir nach der ersten und dritten Stunde in Millimetern abgelesen.

Zur Vermeidung von eventuellen Irrtümern stellten wir stets zwei Reaktionen gleichzeitig auf. Diese Methode erweist sich deshalb für vorteilhaft, weil man auf einmal mehrere Versuche anstellen kann und die Ablesung auf keine solche Schwierigkeiten stößt wie bei der Linzenmeyerschen Methode, wo nicht die Säulenhöhe, sondern eine gewisse Senkungszeit gemessen wird. Bei Gesunden fanden wir, daß sich das Blut von Männern nach der ersten Stunde durchschnittlich 2—6 mm, das von Weibern 4—9 mm senkt. Zu verschiedenen Tageszeiten zeigt das Blut desselben Individuums keine wesentlichen Unterschiede. Wir können den Befund von Haselhorst, daß nämlich Abweichungen im Versuchsröhrchenkaliber mit 1—3 mm die Reaktion nicht beeinflussen, bestätigen.

Bei der Ablesung legten wir die größte Wichtigkeit der einstündigen Senkung bei, beachteten aber aber auch die Werte nach 3 bzw. 24 Stunden. Die Senkung ist in der ersten Stunde die größte; nach unseren Erfahrungen kann die Reaktion aber auch noch nach 3 Stunden ausgewertet werden, denn die in der ersten Stunde sichtbaren Senkungswertunterschiede verschiedener Blutproben nur gesteigert hervortreten. So z. B. beträgt die Differenz bei den Blutproben Nr. 54—55 unserer Tabelle nach der 1. Stunde nur 1 mm, nach der 3. Stunde aber schon 7 mm. Ungefähr in der 15. Stunde kommt die Senkung zum Stillstand; nach 24 Stunden zeigt sie somit denselben Wert, dieser orientiert aber über die Senkung nur ganz allgemein.

Unsere Fälle sind tabellarisch die nebenstehenden.

Überblickt man die Ergebnisse, so ist es ersichtlich, daß von der Frühsyphilis die floriden, sekundären Fälle die größten Werte liefern (Mittelwert nach der ersten Stunde 31,7 mm); nur in einem Fall erhielten wir einen normalen Grenzwert. Der Mittelwert der sekundären latenten Syphilis ist beträchtlich niedriger, aber doch übernormal (17,4 mm). Da unsere latenten Fälle vorher behandelt wurden, muß eine Beeinflussung der Reaktion in negativer Richtung hin durch die antisyphilitische Behandlung angenommen werden. In zwei Fällen seronegativer primärer Syphilis beobachteten wir eine geringe Senkungsgeschwindigkeit. Unter den Spätsyphilisfällen ergaben die gummösen Veränderungen sehr hohe Werte (Mittelwert 35,6 mm); die Tabesfälle überschritten die normale Grenze nicht. Auffallend ist es, daß auch unter den floriden und latenten Fällen manche normale oder Grenzwerte lieferten.

In zwei Fällen von Ulcus molle erhielten wir, von Kersting abweichend, positives Ergebnis.

Die tuberkulösen Hauterkrankungen reagierten sämtlich stark positiv; eine davon, wo auch die inneren Organe mitergriffen waren, zeigte die höchsten Werte. Ähnlich verhielten sich die zu den Tuberkuliden gehörenden Erkrankungen. Demgegenüber zeigte der Lupus erythematodes zu 100% normale Werte bzw. eine sehr geringe Erhöhung. Dieser Umstand scheint die Auffassung der die bazilläre Ätiologie in der Pathogenese des Lupus erythematodes verneinenden Verfasser zu unterstützen (Kaposi, Duhring, Leloir, Bulkley, Lesser, Neisser, Wolff, Jadassohn usw.).

Digitized by Google

Nr.	Geschlecht	Diagnose	Senkung in mm nach 1 St.	3 St.	24 St.	Bemerkung
1.	M.	Syphilis I	12	33		WR negativ
2.	M.	„	11	33	68	„ „
3.	M.	Syphilis II flor.	31	62		„ +++
4.	M.	„	38	62	82	„ +++
5.	M.	„	5	15		„ +++
6.	M.	„	14	33		„ +++
7.	W.	„	21	50	84	„ +++
8.	W.	„	15	38		„ +++
9.	W.	„	45	71	90	„ +++
10.	W.	„	16	30		„ +++
11.	W.	„	86	91	96	„ +++
12.	M.	Syphilis II lat.	13	36	81	„ negativ
13.	M.	„	2	7	27	„ „
14.	M.	„	11	32	66	„ „
15.	M.	„	12	38	42	„ „
16.	W.	„	18	53	60	„ „
17.	W.	„	5	13	46	„ „
18.	W.	„	23	37	74	„ „
19.	W.	„	37	68	83	„ „
20.	M.	„	50	74	85	„ +++
21.	M.	„	7	30	64	„ +++
22.	M.	„	13	32	73	„ +++
23.	M.	„	15	31	74	„ +++
24.	M.	„	17	40	74	„ +++
25.	M.	„	6	20	51	„ +++
26.	W.	„	11	50	80	„ +++
27.	W.	„	42	73		„ +++
28.	W.	„	9	31	60	„ +++
29.	W.	„	15	40	70	„ +++
30.	W.	„	42	84		„ +++
31.	W.	„	60	102	104	„ +++
32.	W.	„	20	45	98	„ ++ (+)
33.	W.	„	45	55	78	„ ++ (+)
34.	W.	„	50	70		„ ++ (+)
35.	W.	„	9	26	63	„ ++
36.	M.	„	15	32	74	„ ++
37.	M.	„	5	17	54	„ ++
38.	W.	„	20	48	75	„ ++
39.	W.	„	32	75	95	„ + (+)
40.	W.	„	12	32	65	„ + (+)
41.	W.	„	24	47	80	„ + (+)
42.	W.	„	16	30	38	„ + (+)
43.	M.	„	28	57	72	„ + (+)
44.	M.	„	12	26	61	„ + (+)
45.	W.	„	7	26	60	„ +
46.	W.	„	5	44		„ +
47.	M.	Syphilis III	52	83	100	„ negativ. Gumma
48.	M.	„	42	67	95	„ „
49.	M.	„	63	106		„ +++
50.	M.	„	39	77		„ +
51.	W.	„	40	84	85	„ +++ Gumma. Endometritis cervicis
52.	W.	„	53	101		WR ++ Gumma
53.	W.	„	25	60	84	„ +++ „ Iritis
54.	M.	Tabes dorsalis	3	13	40	„ +++
55.	M.	„	4	20		„ +++

Digitized by Google

Nr.	Geschlecht	Diagnose	Senkung in mm nach 1 St.	3 St.	24 St.	Bemerkung
56.	M.	Ulcus molle	30	85		
57.	M.	„	19	45		
58.	W.	Lupus vulg.	12	30	68	
59.	M.	„	75	90	98	Vor 2 Tagen Ponndorf
60.	M.	Lupus metastaticus	76	92	99	
61.	W.	Skrofuloderma	93	100	107	
62.	W.	„	22	47	85	
63.	W.	Eryth. indur. Bazin	94	98	102	Skrofuloderma
64.	W.	Tuberculid pap. neor.	23	47	84	
65.	M.	Lupus erythematod.	8	24		
66.	M.	„	7	25		
67.	M.	„	8	40		
68.	M.	„	6	17	53	
69.	M.	„	8	21	63	
70.	M.	„	4	21		
71.	M.	„	3	12	42	
72.	M.	„	7	23	58	
73.	W.	Anthrax	26	69		
74.	M.	„	24	17		
75.	M.	Erysipelas	70	109		
76.	M.	„	8	22		
77.	M.	Furunkulosis	24	51		
78.	M.	„	7	26	62	
79.	M.	„	22	56		
80.	W.	„	33	75		
81.	M.	Pyoderma	26	60		
82.	M.	„	25	48	84	
83.	W.	„	76	90	95	Skabies
84.	M.	Folliculitis supp.	21	57	85	
85.	W.	Ekthyma	37	68	83	
86.	M.	Rosacea pustul.	20	38	60	
87.	M.	Skabies	5	16		
88.	W.	„	76	90		Pyoderma
89.	M.	Phthirius inguin.	2	9		Taches bleues
90.	M.	Pediculosis cap.	33	56		Exkoriation
91.	W.	„	10	28		
92.	W.	„	21	48		
93.	W.	„	50	70		
94.	W.	„	15	40		Syphilis latens
95.	M.	Pedic. vestim.	28	63		Exkoriation
96.	M.	„	1	4		
97.	M.	Pityriasis versic.	2	9		
98.	M.	Epidermophytia inqu.	2	8		
99.	M.	Erythrasma	2	7		
100.	M.	Rosazea	73	91	104	Apizitis. Tuberkulose
101.	M.	„	5	20		
102.	M.	Dysidrosis	7	26		
103.	W.	„	5	15		
104.	M.	Seborrhoea	5	20		
105.	M.	„	1	7		
106.	M.	„	6	23		
107.	M.	Acne vulg.	6	23		
108.	M.	„	2	7		
109.	M.	„	3	9		
110.	W.	Dermatitis calor.	15	32		Kombustio
111.	W.	Ekzema mammae	15	33		
112.	W.	Ekzema dysidrotic.	5	16		

Digitized by Google

Nr.	Geschlecht	Diagnose	Senkung in mm nach 1 St.	3 St.	24 St.	Bemerkung
113.	W.	Ulcus cruris	9	26		
114.	W.	Ulcus cruris varic.	50	70		
115.	W.	„	45	85	90	
116.	W.	„	46	88		
117.	M.	Herpes zoster	21	59	78	
118.	W.	Verruca vulgaris	3	15		
119.	W.	„	11	32		
120.	W.	„	9	26		
121.	W.	Psoriasis	5	14		
122.	W.	„	2	9		
123.	M.	„	2	10		
124.	W.	Trichorrhexis nodosa	10	29		
125.	W.	Molluscum contag.	6	24	52	
126.	M.	Carcinoma labii	24	56	75	
127.	M.	Urethritis gon. ac.	3	11	42	
128.	M.	„	3	9	34	
129.	W.	„	6	20	55	
130.	W.	„	6	30	55	
131.	M.	Urethritis gon. chron.	4	11		
132.	M.	„	5	13		
133.	W.	„	26	53	85	Endometr. gon. cerv.
134.	W.	„	40	80	95	„
135.	W.	„	28	56	90	„
136.	W.	„	21	50	84	„
137.	W.	„	32	75	95	„
138.	W.	„	20	48	75	„
139.	W.	„	11	50	80	„
140.	W.	„	64	80	84	„
141.	W.	„	10	30	55	Condyloma acum.
142.	W.	„	6	24	52	Erosio portionis
143.	W.	„	34	76		„
144.	W.	„	18	44		„
145.	W.	„	10	28		„
146.	W.	„	13	41		„
147.	W.	„	15	30		„
148.	W.	„	5	15		„
149.	W.	„	42	73		„
150.	W.	Oophoritis gon.	74	90		
151.	M.	Cystitis gon. ac.	35	73		
152.	M.	Arthritis gon.	78	88	90	
153.	W.	„	60	84		
154.	M.	Epididymitis gon. ac.	91	96		
155.	M.	Epididymitis gon. chronica	5	14		
156.	M.	Balanoposthitis	13	37		
157.	M.	„	13	37		

Betrachtet man aus diesem Gesichtspunkt die übrigen in der Tabelle angeführten Krankheiten, so sind zwar gewisse Zusammenhänge zwischen Intensität verschiedener Krankheitsprozesse bzw. ihrer Ausbreitung und der Reaktion vorhanden; ein diagnostischer Wert kann jedoch von den Ergebnissen nicht gezogen werden. So wurden bei Anthraxfällen sowohl normale wie auch erhöhte Werte gefunden, gleichfalls bei Erysipel und anderen durch Eitererreger bedingten Hauterkrankungen.

Digitized by Google

Die Pilzkrankheiten ergaben zu 100% normale Werte; es soll aber hervorgehoben werden, daß — wie das übrigens aus der Tabelle hervorgeht — unsere Pilzfälle lauter oberflächliche Typen vertreten.

Ein Fall von ausgebreitetem Mammaekzem reagierte mäßig positiv, ein nur auf die Finger lokalisiertes dysidrotisches Ekzem aber normal.

Unsere mit Status varicosus verbundenen Ulcus-cruris-Fälle ergaben alle sehr hohe Werte. Somit kann mit dieser Reaktion der bei den Unterschenkelgeschwüren oft so schwer zu entscheidende syphilitische Ursprung nicht bestimmt werden, denn gummöse Veränderungen reagieren ja gleich. Unsere Psoriasisfälle blieben unter dem normalen Grenzwert; in einem Fall von Carcinoma labii sahen wir positiven Ausfall.

Von den gonorrhoischen Erkrankungen zeigen die unkomplizierten Urethritise keine Abweichung vom Normalen. Dieser Befund bestätigt Mierzecky gegenüber die Versuche von Pewny und teils auch die von Mayr. Die Komplikationen (Endometritis cervicalis, Erosio portionis, Zystitis, Oophoritis, Arthritis, Epididymitis) ergaben aber fast ausnahmslos stark positive Reaktion.

Aus der beigeschlossenen Tabelle geht hervor, daß diese Reaktion überhaupt nicht spezifisch ist; gewisse diagnostische Bedeutung kann nur positiven Reaktionen beigemessen werden.

Mit den sich ausgezeichnet bewährten Sero- und Liquorreaktionen kann sie nicht die Wette halten; zu betonen wäre, daß der Reaktionsgrad nicht so sehr von der Qualität des Krankheitsprozesses, sondern vielmehr von dessen Intensität abhängig ist.

Ich gewann die Überzeugung, daß die Reaktion der Senkungsgeschwindigkeit roter Blutkörperchen in der Dermatologie — wenigstens mit dieser Technik — von diagnostischem Gesichtspunkt aus nur innerhalb engster Grenzen — aber auch da mit größter Vorsicht — verwertet werden kann.

Aus der Klinik für Hautkrankheiten von Prof. P. G. Unna in Hamburg.

Über Chilblainlupus.

Von

Dr. F. M. Peter, Assistent.

Mit 2 Abbildungen im Text.

(Schluß.)

Wenn wir die Gefäße des Papillarkörpers genauer betrachten, so zeigt sich bei den wenigst veränderten zunächst eine Vermehrung und Vergrößerung der Zellkerne der Endo- und Perithelien, die tiefblau (polychromes Methylenblau) tingiert sind; das Plasma dagegen nimmt den Farbstoff weniger gut an. Eine nächste Stufe der Veränderung charakterisiert sich dadurch, daß die Kerne an Zahl zugenommen haben und gequollen erscheinen, doch sich noch sehr gut färben,

Digitized by Google

während das Plasma, erstlich das Granoplasma frei wird, d. h. aus der Zelle austritt, dadurch basische Farben nicht mehr annimmt und im ganzen auch an Volumen bedeutend verringert ist. Es rücken so die Kerne näher zusammen, und da bei der weiterschreitenden Schwellung und Vermehrung der Endothel- und Perithelkerne das Lumen so leidet, daß es zum Verschlusse der Lumina kommt, so gewinnt man an mehreren Stellen direkt den Eindruck, Gefäßstränge vor sich zu haben, die aus dick geschwollenen Kernen bestehen. In diesem Stadium sind auch vereinzelte Leukozyten um die Gefäße zu bemerken, die beim Fortschreiten des degenerativen Prozesses zunehmen und besonders am Rand des großen Herdes in größerer Anzahl zu finden sind. Im weiteren findet man Herde, die sichtlich aus veränderten Gefäßen entstanden, in ihrem Zentrum bereits eine Aufhellung erkennen lassen, deren Kerne, schon weniger gut gefärbt, in ihrer Größe auch schon eine gewisse Schrumpfung zeigen und deren Zahl vermindert ist. Leuchtend rot gefärbt (UNNA-PAPPENHEIM) sind lediglich die vergrößerten Nukleolen, die also am längsten ihre Tingibilität bewahren. Im Zentrum des großen Herdes endlich sind die degenerativen Prozesse schon so weit fortgeschritten, daß wir in einem verfilzten und zusammengeflossenen, unfärbbaren Protoplasma ziemlich kleine, schlechtfärbbare Kerne vereinzelt eingelagert haben.

Diese nekrobiotischen Herde erinnern zwar etwas an die entsprechenden Herde bei Lupus vulgaris, unterscheiden sich aber von ihnen durch das Fehlen typischer, homogengeschwollener Zellen, sogenannter Epitheloidzellen, deren Konturen man bei Benützung der Blende bei unserer Krankheit vermißt. Man kann den sich hier abspielenden Prozeß weniger als homogene Schwellung — denn die Schwellung fehlt —, als vielmehr als Homogenisierung bezeichnen, die schließlich zur Nekrobiose führt.

Ein ähnlicher Vorgang findet sich an den Stellen des Epithels, die im Übersichtsbild als aufgestellte Herde erschienen. Auch hier an zerstreuten Stellen, hauptsächlich der Stachelschicht, bei Verwendung stark basischer Farben umschriebene Aufhellung des Plasmas, hervorgerufen durch Schwund des Granoplasmas. Dieser Vorgang nimmt die äußeren Zellteile ein, und so kommen netzförmig zusammenfließende Aufhellungen zustande. Die Kerne sind gut tingiert. Besonders deutlich ist diese Epithelveränderung an den Knäueldrüsengängen, indem hier das Plasma oft nicht mehr, die Kerne nur schwach die Farbe angenommen haben. Auch wo die Kutisherde bis an die Epithelleisten herankommen, sind diese ergriffen und prägt sich dann auch hier die Homogenisierung ohne Schwellung in der beschriebenen Weise aus und ist eine geringe leukozitäre Einwanderung zu konstatieren. Sonst findet sich im Epithel eine mit der erwähnten Akanthose zusammenhängende Unruhe des Epithels, indem die Wachstumsrichtung der Zellen unregelmäßig und verschieden ist. Über dem großen nekrobiotischen Herde sind die sonst langen Epithelleisten abgeflacht, während die Papillen, hier wie auch sonst, durch die beschriebenen Veränderungen der papillären Gefäße vergrößert erscheinen. Die Hyperkeratose ist mäßig; doch ragen zahlreiche, breite Hornpfröpfe tief in das Epithel hinein. An

Digitized by Google

den sie umgebenden Epithelzellen ist ebenfalls eine Homogenisierung deutlich festzustellen. Mit dem Vordringen der nekrobiotischen Herde geht ein Schwinden der elastischen Fasern parallel; das Elastin ist also im ganzen vermindert. Plasmazellen sind nur vereinzelt besonders am Rande des großen Herdes zu finden. Ebenso erblickt man einzelne Mastzellen. Riesenzellen wie typische homogengeschwollene Zellen (Epitheloidzellen) konnten nirgends gesehen werden.

Epikrise.

Wenn wir nun meinen Fall mit den klassischen Beschreibungen von Hutchinson und Ehrmann vergleichen, so erweist er sich als typischer Ch.-L. In der Anamnese des weiblichen Pat. finden wir Phthisis pulmonum wie große Neigung zu Frostbeulen bzw. schon frühzeitig gestörte Zirkulation. Zu betonen wäre bei meinem Fall vielleicht das sich aus der Anamnese ergebende gehäufte Auftreten früherer, sehr wahrscheinlich auf spezifisch tuberkulöser Ätiologie beruhender Krankheiten. Auch die klinischen Symptome sind typisch ausgeprägt. Dem Lupus erythematodes ähnelten, besonders bei der Nachuntersuchung, die Affektionen auf der Nase. Die charakteristischen Veränderungen der Hände und Arme sind deutlich identisch mit den von den anderen Autoren beschriebenen, und mein Fall zeigte nebeneinander alle Entwicklungsstadien des Ch.-L., von der lividroten Makula angefangen, über die kleineren und größeren Papeln bis zu den typischen Narben als Endstadium. Daß die Effloreszenzen gedellt sind, wie das Fischl beschreibt, konnte ich bei meinem Fall nicht bemerken; hingegen fiel auf, daß die größeren Herde deutlich aus mehreren, früher einzelstehenden Papeln konfluiert sind. Was die Lokalisation der Eruptionen betrifft, möchte ich speziell betonen, daß diejenigen Stellen fast ausschließlich betroffen erscheinen, an welchen die Gefäße zur Abwehr des täglichen Kältetraumas besonders beansprucht sind, nämlich die schon von Hutchinson betonte Ulnarkante der Hand und die Hautregion über den Streckseiten der Gelenke, der Finger, der Hände und der Arme. Sind andere Teile betroffen, so sind es Teile des Gesichtes, z. B. der exponierte Nasenrücken oder die schlecht vaskularisierten Ohrmuscheln. Schon das klinische Bild weist also auf die große Bedeutung der Gefäße für das Zustandekommen und Aussehen der Erkrankung nachdrücklichst hin.

Die Histologie bestätigt diese Ansicht. Wir sehen zunächst Veränderungen, jedenfalls den Beginn der Erkrankung, die mit einer Vermehrung und Vergrößerung der Kerne der Gefäßendo- und -perithelien beginnen, wobei deren Färbbarkeit mit basischen Farben sich mehrt, während das Plasma durch Schwund des Granoplasmas an Volumen und Tingibilität abnimmt. Geht dieser Prozeß weiter, so verschwinden durch die genannten Vorgänge allmählich die Gefäßlumina, und wir erhalten an Stelle der Gefäße Stränge aus geschwollenen und nur von einer dünnen, schlecht färbbaren Plasmaschicht getrennten Kernen, das, was wir in unserem Befunde Gefäßstränge nannten. Die Kerne nehmen dabei basische Farben gut und

Digitized by Google

sogar besser als in der Norm an. In einer nächsten Stufe erst verlieren auch die Kerne langsam ihre Färbbarkeit, und nur noch die Nukleolen leuchten (UNNA-PAPPENHEIM) als gut gefärbte rote Kugeln aus der sonst nur ganz schwach gefärbten Umgebung. Auch sie sind vergrößert. Den Schluß des Degenerationsprozesses endlich bilden die beschriebenen nekrobiotischen Herde, die, wenigstens teilweise, von Leukozyten umgeben, in fast ungefärbtem, verfilztem Protoplasma Kerntrümmer oder nur ganz schwach gefärbte Kerne und nur vereinzelte gut färbbare Nukleolen erkennen lassen.

Wir haben also eine Homogenisierung ohne Schwellung vor uns, im Gegensatz zum Lupus vulgaris, der homogene Schwellung zeigt, die mit einer Vermehrung und einem Hervortreten der Kerne gegenüber dem gleich anfangs geschädigten Plasma beginnt, um endlich auch zur Degeneration der Kerne zu führen, wobei die Nukleolen den längsten Widerstand leisten.

Die Veränderungen des Epithels treten dagegen zurück und sind als sekundäre Folgen der Veränderungen der Gefäße der Kutis zu betrachten. Verglichen mit den Befunden EHRMANNS und FISCHLS ist mein histologisches Ergebnis dem EHRMANNS ganz ähnlich und differiert mit dem FISCHLS durch das Fehlen der Riesenzellen.

Bei der Erörterung der Ätiologie des Ch.-L. verweist FISCHL auf die Versuche von RIECKER und GÖRDELER, die bei vorsichtiger Impfung von Meerschweinchen mit Tuberkelbazillen eine Veränderung an den Gefäßen feststellen konnten, die sich einmal in einer Änderung der Strombahnweite im Sinne der Erweiterung, dann in einer geänderten Strömungsgeschwindigkeit im Sinne der Verlangsamung ausdrückte. Weiter stellten sie Kapillarbildung und Vermehrung der fixen Zellen fest. Bei Reizung dieser affizierten Gebiete trat keine Kontraktion ein, sondern im Gegenteil eine Erweiterung der Gefäße, die mit Verlangsamung der Strömungsgeschwindigkeit zur Stase führte. FISCHL zieht hieraus den Schluß, daß bei einem durch Anämie, Skrofulose usw. geschädigten Gefäßsystem eine nachfolgende Infektion mit Tuberkelbazillen (vielleicht in abgeschwächter Form oder nur durch die Wirkung ihrer Toxine) für die Entstehung des Ch.-L. anzunehmen sei.

Ich möchte dazu auf die mehrfache Ähnlichkeit, die zwischen den Versuchsergebnissen von GÖERDELER und RIECKER und meinem histologischen Befunde besteht, aufmerksam machen. Beim Ch.-L. fanden wir als Hauptsymptom eine Affektion der Gefäße, indem wir die Entwicklung des ganzen Krankheitsbildes durch die Gefäßveränderungen ungezwungen erklären konnten. Die Gefäße sind anfangs erweitert, die Strömungsgeschwindigkeit daher vermindert, was sich klinisch durch die lividrote Farbe ausdrückt. Eine starke Vermehrung der Zellen der Kapillarwände ist weiter auffallend; eine Vermehrung der Gefäße selbst ist zwar sehr zu vermuten, ohne Injektionspräparat aber nicht zu beweisen. Tritt nun an solche Gefäße der alltägliche Kältereiz heran, wie das besonders an den für den Ch.-L. charakteristischen Lokalisationsorten der Fall ist, so ist es sehr erklärlich, daß die so geschädigten Gefäße den an sie gestellten Ansprüchen nicht mehr entsprechen können. Vermutlich kommt es dann auch hier zu Zirkulationsstörungen in Form von

Digitized by Google

Stase, die wieder eine schlechtere Ernährung bedingen und damit die nekrobiotischen Erscheinungen begünstigen.

Offen bleibt nun allerdings noch die Frage, ob beim Ch.-L. die primäre Schädigung der Gefäße tatsächlich durch die Erreger der Tuberkulose hervorgerufen ist. Der strikte Beweis läßt sich ohne positiven Bazillennachweis in den Herden allerdings nicht erbringen, doch legen die Kombination der Krankheit mit Tuberkulose sowie die positiven Tuberkulinreaktionen diese Vermutung sehr nahe und lassen eine primäre Gefäßschädigung vielleicht durch virulenzschwache oder durch geringe Toxinbildung ausgezeichnete Tuberkelbazillen für wahrscheinlich erscheinen. Daß diese Schädigungen auf vorher schon durch Anämie (meist jüngere Frauen) und Skrofulose (Anamnese) angegriffenen Gefäßen einen guten Boden finden, wie das FISCHL annimmt, ist leicht verständlich.

Zum Schluß möchte ich noch ganz kurz auf die Therapie eingehen. FISCHL berichtet mit Injektionen von Alttuberkulin gute Erfolge, die ich an meinem Fall bestätigt finden konnte. Man kann diese Tatsache als weiteren Hinweis für die tuberkulöse Ätiologie des Ch.-L. auffassen, obwohl auch das nicht unbedingt beweisend ist, da von einigen Autoren die spezifische Wirkung der Tuberkulininjektionen angezweifelt wird und die Art der Wirkung im Sinne einer unspezifischen Mobilisierung der Abwehrstoffe des Körpers erklärt wurde. Meine Pat. bekam noch lokale Pinselungen von Ichthyol in 10%iger alkoholischer Lösung, und ich glaube, daß diese Maßnahme ebenfalls zur Heilung nicht unwesentlich beigetragen hat. Nach SAMBERGER, der die alten Befunde UNNAS bestätigt, wirkt Ichthyol kapillartonisch, d. h. es bewirkt, daß die geschädigten und dadurch im Zustand der Parese befindlichen Gefäße tonisiert werden und wieder ihre Tätigkeit aufnehmen, so daß eine hinlängliche Versorgung der betroffenen Hautteile mit Sauerstoff wieder vor sich gehen kann. In unserem Falle kann man eine primäre Schädigung der Gefäße mit Sicherheit annehmen, als deren Folge sich dann die übrigen Erscheinungen entwickeln und bis zur Bildung nekrobiotischer Herde führen. Werden die Herde nun mit Ichthyol behandelt, so kommt es zu einer Besserung des Gefäßtonus und dadurch dann auch zu besserer Ernährung der geschädigten Gewebe. Es wird so die völlige Restitutio ad integrum, die wir unter der Therapie bei kleineren Herden, im Gegensatz zur sonstigen Narbenbildung beobachten konnten, vielleicht erklärlich. Ich glaube daher diese kombinierte Therapie, Alttuberkulin in steigenden Dosen und Pinselungen mit 10%igem Ichthyolspiritus, mit Recht für den Chilblainlupus empfehlen zu können.

Literatur.

BESNIER, Lupus pernio disséminé. Le Musée de l'hôpital St. Louis. — HUTCHINSON, Archives of Surgery, 1889, Bd. 1; 1892, Bd. 4. — EHRMANN, „Was ist Chilblainlupus HUTCHINSON und was Lupus pernio BESNIER-TENNESON?" UNNAS Festschrift, 1910, S. 574. — FISCHL, Der Chilblainlupus (HUTCHINSON), seine Pathogenese, Histologie und Therapie. Arch. f. Derm., Bd. 136, H. 3, S. 345. — GROSS, Chilblainlupus (HUTCHINSON) und Lupus pernio (BESNIER-TENNESON). Derm. W., Bd. 54, S. 133. — JADASSOHN, Grundriß der Dermatologie von DARIER, 1913. — KLINGMÜLLER, Lupus pernio. Arch. f. Derm., 1907, Bd. 84; 1910, Bd. 102, S. 249. — KREIBICH, Über Lupus pernio (Lymphogranuloma

Digitized by Google

pernio). Arch. f. Derm., 1904, Bd. 70, S. 3. — LEWANDOWSKY, Die Tuberkulose der Haut, 1916. — LIPPERT, Über einen Nebenbefund am Knochensystem beim Lupus pernio. Kl. W., 1922, Nr. 45, S. 2240. — MUSCHTER, Lupus pernio. Derm. Zschr., 1919, Bd. 28, S. 203. — NOBL. Zur Kenntnis des Lupus pernio BESOIER-TENNESON. Arch. f. Derm., Bd. 146, H. 2. — RIECKER und GOERDELER, Gefäßnerven, Tuberkel und Tuberkulinwirkung nach mikroskopischen Untersuchungen des Bauchfells bei lebenden Kaninchen usw. Zschr. f. exp. Med., 1910, Bd. 4, H. 1. — SACHS, Lupus erythematosus (Chilblainlupus HUTCHINSON). Arch. f. Derm., 1911, Bd. 107, S. 456. — SAMBERGER, Ichthyoxylum. Derm. W., Bd. 80, S. 153. — TENNESON, Lupus pernio. Le Musée de l'hôpital St. Louis. — UNNA, Histologischer Atlas zur Pathologie der Haut. Verlag Voß, Leipzig 1906, H. 8. — Derselbe, Histopathologie der Hautkrankheiten. — ZIELER, Über den sogenannten Lupus pernio und seine Beziehungen zur Tuberkulose. Arch. f. Derm., Bd. 94, S. 99. — Derselbe, Drei Fälle von BOECKscher Krankheit. Vers. südwestdeutscher Derm. am 25. und 26. Oktober 1924 in Würzburg.

Beitrag zur Behandlung der Psoriasis.

Von

Dr. KARL SKUTEZKY in Innsbruck.

Mit 1 Abbildung im Text.

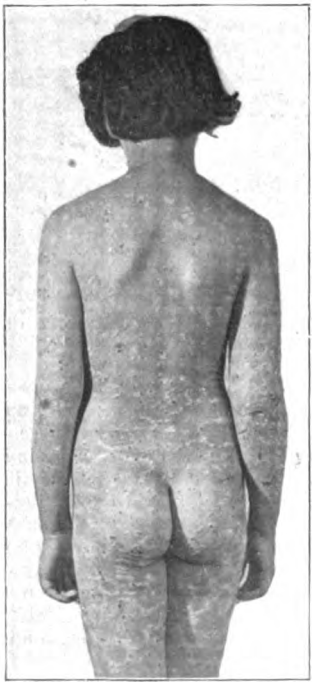
Die auffallend rasche und günstige Beeinflussung einer seit Jahren bestehenden, äußerst hartnäckigen Psoriasis durch Triphalinjektionen veranlaßt mich zur Veröffentlichung dieses Falles; denn der erzielte Erfolg ist so verblüffend, daß darin die Anregung zur Nachprüfung auf breiter klinischer Basis gegeben ist.

Es handelt sich um ein 11jähr. Mädchen, das seit seinem sechsten Lebensjahre an Psoriasis leidet. Beginn der Erkrankung an Ellenbogen und Beinen mit rascher Ausbreitung über den ganzen Körper. Seit dem ersten Auftreten des Leidens steht das Kind fast ohne Unterbrechung in Behandlung. Es gibt wohl keine Behandlungsmethode, die nicht versucht worden wäre. Der Erfolg war im günstigsten Falle der, daß die Erkrankung nach längerer Behandlungszeit zwar bis auf einzelne Reste verschwand, nach kurzer Zeit aber wieder rezidivierte. Über Stärke und Ausbreitung der Psoriasis bei Beginn der Triphalbehandlung gibt die Abbildung ein ungefähres Bild. Die Pat. wurde ausschließlich mit intravenösen Triphalinjektionen behandelt. Eine Lokalbehandlung wurde absichtlich unterlassen; nur wurde, da sich bald nach Beginn der Injektionen, offenbar als Reaktion auf diese und als Zeichen eines beginnenden Abheilungsprozesses, eine starke Abschuppung der Effloreszenzen einstellte, eine 3%ige Borvaseline verordnet, der sicherlich eine spezifische lokale Einwirkung auf die Psoriasis plaques nicht zugesprochen werden kann. Die Injektionen wurden in 4—6tägigen Intervallen in steigenden Dosen von 0,025 bis 0,1 g Triphal verabfolgt und ohne jede unangenehme Nebenwirkung gut vertragen. Die Gesamtmenge des verabreichten Präparates betrug 0,425 g. Schon nach der dritten Injektion (Dosis 0.05) setzte eine Rückbildung an den Effloreszenzen ein, die sich in Abnahme der Rötung und Infiltration und auffallend starker Abschuppung äußerte. Nach sechswöchiger Behandlung waren sämtliche Effloreszenzen vollkommen verschwunden, und nur ein über den ganzen Körper ausgebreitetes Leukoderm auf der ganz glatten Haut gibt von dem früheren Bestehen einer Psoriasis Zeugnis. Die Pat. steht weiter in Beobachtung und zeigt bis jetzt (das ist nach einem Vierteljahr) nicht die geringste Spur eines Rezidives.

Selbstverständlich berechtigt dieser eine Fall allein noch nicht zur Hoffnung, daß sich das Gold als das wirksame Psoriasisheilmittel erweisen wird; denn, ob sich diese Erkrankung im allgemeinen günstig beeinflussen läßt, oder ob es nur bestimmte Formen sind, welche gut reagieren, werden weitere Versuche ergeben müssen. Unbedingt ist diese eine auffallende Heilung Grund genug, solche anzustellen. Jedenfalls muß ich aber her-

Digitized by Google

vorheben, daß ich mit Triphal auf bequeme und einfache Weise, mit Ausschaltung einer hautreizenden, wäschebeschmutzenden und andere Nachteile mit sich bringenden Salbenbehandlung eine Heilung erzielt habe, die in kürzerer Zeit und radikaler erfolgt ist als mit irgend einer der bisher üblichen Behandlungsmethoden. Auf Grund bestimmter therapeutischer Überlegungen versuche ich durch monatlich einmalige Injektion von Triphal das Auftreten eines Rezidives hintanzuhalten bzw. hinauszuschieben, ein Versuch, der, wie die $^1/_4$jährige Beobachtungszeit ergibt, vorläufig als gelungen betrachtet werden kann.



Ich will diese Publikation, die nur als Anregung zur Nachprüfung auf breiter Basis gedacht ist, nicht schließen, ohne vorher mit wenigen Worten die Überlegungen erwähnt zu haben, welche mich zu einem Versuche mit der Goldbehandlung geführt haben.

Bekanntlich harrt die Frage nach der Ätiologie der Psoriasis noch der Aufklärung, und es gibt wohl keine zweite Hauterkrankung, über deren Ursachen solche Unklarheit und Verschiedenheit der Ansichten herrscht wie bei der Psoriasis. Der Grund hierfür mag wohl in der Tatsache liegen, daß eben nicht eine, sondern mehrere ursächliche Komponenten bei dieser Erkrankung eine Rolle spielen, ein Umstand, der von den älteren Forschern nicht erkannt worden ist. Deshalb mußten alle Bestrebungen, in dieses Dunkel Licht zu bringen, fehlschlagen, solange man nach der Ursache der Psoriasis suchte. Erst Samberger hatte erkannt, daß beim Psoriatiker eine in einer abgeschwächten Vitalität der Hautepithelzellen sich äußernde allgemeine Disposition vorliegt, welche zu einer Anomalie der Verhornung im Sinne einer Parakeratose führt. Es kommt also den sogenannten äußeren Ursachen der Psoriasis (wie mechanische Reize, bakterielle Infektionen usw.) nur die Rolle eines die Effloreszenzen auslösenden Momentes zu. Die Tatsache, daß es sich hierbei um ein bestimmtes dermotropes Virus (Lipschütz, Kyrle, Rasck) handeln kann, steht mit dieser Ansicht durchaus nicht im Widerspruch. Diese Disposition besteht aber nicht in gleichmäßiger Intensität, sondern ist nach Zeit und Stärke großen Schwankungen unterworfen, welche sich eben im klinischen Bilde der Psoriasis äußern. Dies erklärt auch die Tatsache, daß die Haut mancher Psoriatiker zur Zeit des Beginnes eines allgemeinen Ausbruches des Leidens — aber auch nur zu dieser Zeit — so „parakeratotisch" ist, daß jede geringe Verletzung der Epidermis (Kratzeffekte usw.) die Ursache zur Bildung einer typischen Psoriasiseffloreszenz abgeben kann (Köbnersches Phänomen). Bestimmte Überlegungen führten Samberger dazu, den Grund für diese Konstitutions-

Digitized by Google

anomalie in einer Funktionsstörung der Thymus zu vermuten, und unabhängig von ihm kam Brock auf Grund systematisch ausgeführter Röntgenbestrahlungen dieses Organs zu derselben Ansicht. Beide versuchten, jeder auf seine Art, Samberger mit Darreichung von Thymusextrakt, Brock mit Anregung der Thymusfunktion durch Röntgenreizbestrahlungen, diese parakeratotische Konstitution zu bekämpfen. Beide erzielten mit ihren Behandlungsmethoden Erfolge, und wenn auch die Ansichten der Nachprüfenden hierüber geteilt sind, so läßt sich doch aus den über dieses Thema vorliegenden weiteren Untersuchungen der Schluß ziehen, daß eine allgemeine Disposition als Ursache der Psoriasis anzusprechen und den verschiedenen vermeintlichen ätiologischen Faktoren nur eine auslösende Rolle zuzubilligen ist. Es gibt Psoriatiker und nicht eine Psoriasis (Brock). Für das Zustandekommen dieser Disposition sind Störungen innensekretorischer Natur verantwortlich zu machen. Meines Erachtens wird in dieser Frage gerade dem zyklischen Verlaufe der Psoriasis zu wenig Beachtung geschenkt und weise ich nur darauf hin, daß von einer Reihe periodisch verlaufender Erkrankungen (Psychiatrie) allgemein angenommen wird, daß Störungen im endokrinen System die Ursache für deren Auftreten bilden. Ob bei der Psoriasis die Thymus allein eine Rolle spielt, ist bei der engen Korrelation im endokrinen System fraglich. Diese Erwägungen mußten zu der Erkenntnis führen, daß jeder lokalen Behandlung der Psoriasis nur eine rein symptomatische Rolle zukommt und daß der Angriffspunkt einer rationellen Therapie an anderer Stelle liegen muß. Leider haben die diesbezüglichen Versuche nicht das erhoffte Resultat ergeben. Bestrebungen, im Wege einer unspezifischen Proteinkörpertherapie eine Beeinflussung der psoriatischen Disposition zu erreichen, sind gescheitert, und die Berichte über Heilerfolge durch Thymusbestrahlung lauten nicht sehr ermutigend. Einer Reihe von schönen Erfolgen stehen ebensoviele Mißerfolge gegenüber. Ich selbst konnte mich bei meinen allerdings wenigen Fällen von einer Beeinflussung der Psoriasis durch die Brocksche Methode nicht überzeugen. Für aussichtsreicher als den Umweg über die Anregung der sicher nicht immer als Ursache anzusprechenden Thymushypofunktion halte ich eine direkte Einwirkung auf die konstitutionell dyskrasischen Epidermiszellen selbst, um durch Steigerung ihrer Vitalität an Stelle der abnormen Keratinisation eine normale Verhornung zu setzen.

Als geeignet hierzu erschien mir vor allem das Gold, von dem wir aus Erfahrungen bei tuberkulösen Prozessen wissen, daß ihm eine ausgesprochen anregende Wirkung auf die Oxydations- und Reduktionsvorgänge im erkrankten Gewebe im Sinne eines Katalysators zukommt. Eine ausgesprochene Affinität des Goldes zum Hautsystem ist zwar nicht bekannt, doch besteht sicherlich eine solche bei dem ihm chemisch ziemlich nahestehenden Silber. Ich erinnere an die Argyrie, wobei ich allerdings betonen muß, daß die Ausscheidung des Silbers nicht in der Epidermis, sondern in den obersten Kutisschichten erfolgt. Nun sind aber die Ansichten über den Ort der Entstehung der Psoriasiseffloreszenz noch geteilte, und während einige Untersucher an ein Auftreten der ersten histologischen Veränderungen im Rete glauben, wollen andere dieses in die obersten Kutisschichten verlegt wissen. Aber selbst bei der Annahme,

Digitized by Google

daß die Psoriasis eine rein epitheliale Erkrankung sei und die Veränderungen im Stratum papillare nur als sekundäre anzusprechen seien, ließe sich eine Beeinflussung des Prozesses durch in den obersten Kutisschichten zur Wirkung gelangendes Gold leicht erklären. Für die direkte Beeinflussung der Psoriasisefflorescenz durch Steigerung der geschwächten Hautzellenvitalität und gegen den Umweg über das endokrine System spricht meines Erachtens auch der auffallend rasche Erfolg. Bei der Röntgenreizbestrahlung der Thymus beginnt ein sichtbarer Erfolg sich erst nach 1—2 Monaten einzustellen. Da man nicht annehmen kann, daß ein so radiosensibles Organ wie die Thymus erst nach dieser Zeit mit erhöhter Produktion auf den Bestrahlungsreiz antwortet, liegt die Vermutung nahe, daß die rasche Besserung in meinem Falle eben nicht durch Beeinflussung der Thymus, sondern der Hautzellen selbst erfolgt ist.

Aus dem Dispensario Celtico Governativo Municipalizzato in Catania
(Direktor: Prof. Gravagna).

Die Bismutpräparate in der Behandlung der Syphilis.

Von

G. B. De Stefani, Volontär-Assistent.

(Aus dem Italienischen übersetzt von Dr. Giovannina Menz in Triest.)

Auf die von Sazérac und Levaditi in der Académie des Sciences erschienenen Mitteilungen über die Ergebnisse ihrer Untersuchungen „Über die neue Behandlung der Lues mit Bismut" hin wurden in kurzer Zeit zahlreiche Beobachtungen veröffentlicht, von denen einige die antiluetische Wirkung der Bismuttherapie verherrlichen, andere dagegen dieselbe in Abrede stellen, oder wenigstens deren Wirkungen einen geringen Wert beimessen. Und während in den Untersuchungen der meisten Autoren von einer unzweifelhaften konstanten, energischen Wirkung der Bismutpräparate bei den verschiedensten Formen der Syphilis die Rede ist, eine Wirkung, die nach einigen Autoren selbst die des Quecksilbers übertreffen dürfte, sprechen sich andere, wie Martinotti und der Altmeister der Bologneser Klinik auf Grund ihrer Untersuchungen dagegen aus und schreiben den Bismutsalzen eine langsame inkonstante antisyphilitische Wirkung zu, welche der Wirksamkeit der alten Quecksilberpräparate, insbesondere des Kalomels, bei weitem nachsteht.

Diese Verschiedenheit in der Auffassung ist meiner Ansicht nach der allzu leichten Begeisterung zuzuschreiben, von welcher wir uns jedesmal hinreißen lassen, wenn wir vor einem neuen Heilmittel gegen irgend eine wichtige Krankheit stehen, und ganz besonders gegen die Syphilis, bei welcher eine lange Reihe von ununterbrochenen, wiederholten Beobachtungen nötig ist, um sich ein endgültiges Urteil über ein Mittel zu bilden.

Die neue Bismuttherapie hingegen wurde, wie Majocchi richtig bemerkt, — kaum angekündigt — zum Gegenstand eifriger, voreiliger und widersprechender Schlußfolgerungen gemacht, welche keinesfalls zugunsten ihrer eindeutigen Heilwirkung sprechen. Jedenfalls hat zu den voreiligen, sich oft widersprechenden Mitteilungen nicht wenig die große Menge von Bi-Präparaten beigetragen, welche in den Handel gebracht wurden, und die sich gegenseitig zu vernichten trachten. Wir kennen bereits über 80 Bi-Präparate, deren jedes das andere überbieten will, ohne daß die verschiedenen Autoren feststellen können, welches man vor den übrigen bevorzugen solle.

Der von Breda in der 20. Versammlung der „Società It. di dermatologia e sifilografia" erteilte Rat, daß alle Spezialisten einen langen Zeitraum hindurch ein- und dasselbe, klinisch gut bekannte Bi-Salz anwenden sollten, und die nach Libonati zu übende Vorsicht in der Fällung eines Urteils für oder wider die Wirksamkeit dieses Heilmittels

Digitized by Google

hätten vielleicht, wenn rechtzeitig kundgegeben, die mehr oder minder konstante Wirksamkeit dieser neuen antisyphilitischen Therapie feststellen können: die Voreiligkeit der Schlüsse hingegen wird nicht dazu beitragen, die negativen und widersprechenden Resultate der verschiedenen erfahrenen Beobachter zu verwischen, welche eine jegliche bedeutende Wirksamkeit der Bi-Salze leugnen.

Ohne weiter auf eine Diskussion einzugehen, welche uns vom Zwecke der Vorliegenden Mitteilung zu weit entfernen würde, wollen wir unsere Beobachtungen bezüglich der langdauernden Anwendung der verschiedenen Bi-Salze in den verschiedenen Äußerungen der Syphilisinfektion mitteilen.

Nach der Mitteilung von Levaditi und Sazérac begannen wir an den Kranken unseres „Dispensario celtico" und an einigen der Privatklinik eine allgemeine Behandlung mit Bismut, sei es an solchen, die schon mit Hg und As behandelt worden waren und spezifische Läsionen zeigten, sei es an solchen, die, frisch erkrankt, noch keiner spezifischen Kur unterworfen worden waren. Wir hatten so Gelegenheit, die verschiedensten rezenten und tardiven Manifestationen der Bi-Therapie zu unterwerfen. Wir haben Kranke mit primären, nicht ulzerierten und ulzerierten Syphilomen behandelt, ferner mit kleinsten und Riesensklerosen, mit isolierten oder multiplen genitalen und extragenitalen; dann generalisierte sekundäre Manifestationen, ferner verschiedene Formen von Roseola, ferner lentikuläre, lichenoide, mammuläre, akniforme, ekthymatöse Syphiloderme, dann Plaques der Mund- und Genitalschleimhaut, ferner regionäre Spätsyphiloderme (papulo-tuberkuläre, ulzerierte tuberkuläre) gummöse Manifestationen im Stadium der Infiltration, der Erweichung und der Ulzeration und endlich einige Nervenfälle (Ta d.).

Alle diese Kranken, deren Anzahl bei einem Zeitraum von ungefähr drei Jahren nicht unbeträchtlich ist und von denen es mir überflüssig erscheint, die Krankengeschichten zu bringen, wurden sukzessiv der Behandlung mit den verschiedenen Bi-Präparaten unterworfen, und zwar mit Muthanol, Bisalorol, Trepol, Luatol, Bismuol, Bismarsol, Allosan, Novallosan, Spironal, Bismogenol, Tartro-Bi-Roche, Quinby usw. Bei allen Kranken wurde nach Beendigung des Behandlungszyklus die WR vorgenommen und nach einem Monat wiederholt; auch wurde es nicht unterlassen, die Sero-Reaktion vor der Behandlung mit einem der verschiedenen mehr oder weniger aktiven Bi-Salze vorzunehmen. Wir waren bemüht, den Verlauf der vorhandenen kontagiösen Manifestationen aller unserer Pat. zu verfolgen und die Veränderungen festzustellen, welche diese unter dem Einfluß der Bi-Therapie erfuhren.

Im allgemeinen konnten wir feststellen, daß einige der Initialformen mit geringer Infiltration nach 5—6 intramuskulären Injektionen eines der wirksamsten Bi-Salze sich resorbierte, während bei den meisten Skleromen mit stärkerer Infiltration und bei den Riesensyphilomen die Infiltration trotz der zahlreichen vorgenommen Bi-Injektionen fast unverändert blieb.

Während einige ulzerierte Syphilome heilten und mit einer gewissen Schnelligkeit resorbiert wurden, widerstanden andere der Behandlung, während einige die Tendenz zeigten, sich auszubreiten.

Die sekundären Erscheinungen zeigten weder ein verspätetes noch an Intensität verringertes Auftreten. Auf die sekundären Erscheinungen haben die Bi-Präparate nicht immer befriedigende Wirkung gezeigt.

Bei einigen unserer Pat. sahen wir die einfachen Roseolaformen einfach verschwinden, bei anderen hingegen widerstanden trotz intensiver Bi-Kur sowohl gewisse Roseolaformen, als auch verschiedene andere Syphiloderme der Wirkung des neuen Mittels.

Die feuchten Mund- und Genitalpapeln wurden oft nach wenigen Injektionen zur Austrocknung gebracht. Nicht das gleiche gilt für die hypertrophischen Formen, welche trotz zahlreicher Injektionen eines der wirksamsten Bi-Salze unverändert bleiben. Die Rezidiven feuchter vegetierender papulöser Formen waren häufig und man beobachtete sie gewöhnlich 30—40 Tage nach Beendigung der Kur.

Bei den tertiären Erscheinungen (frischen und erweichten Gummen) hat sich — einige Einzelfälle, welche auf die Kur glänzend reagiert haben, ausgenommen — meistenteils trotz langer intensiver Behandlung keine Besserung eingestellt. Unverhoffte Resultate erzielten wir hingegen fast immer in den gummösen Ulzerationen der verschiedenen Lokalisationen, insbesondere des Larynx. Die Wirkung auf die Regenerationsprozesse war glänzend. Ebenfalls befriedigende Resultate konnten wir an den wenigen Hg- und As-resistenten Fällen verzeichnen. Bei dem einzigen Ta-Kranken, bei welchem wir eine

Digitized by Google

intensive Bi-Kur vorgenommen hatten, konnten wir weder an den subjektiven Symptomen eine Besserung noch an den allgemeinen objektiven irgend welche Änderung wahrnehmen.

Die wiederholte serologische Beobachtung bei allen der Bi-Behandlung unterworfenen und vor der Behandlung positiv reagierenden Kranken hat bei fast allen nach der Kur positive WR gezeigt. — In einigen wenigen Fällen, in welchen die WR vor der Behandlung schwach positiv gewesen war, wurde sie nach der Behandlung negativ, wurde also jedenfalls von dieser beeinflußt.

Diese unerfreuliche Feststellung ist deshalb von großer klinischer Wichtigkeit, weil sie deutlich beweist, wie diese neue therapeutische Waffe, welcher man eine weit größere Bedeutung beimessen will, als sie wirklich besitzt, nicht imstande ist, die Resistenz der WR zu überwinden; welche vielmehr unverändert bestehen bleibt, was oft trotz des raschen Verschwindens manifester spezifischer Symptome eine immer noch latente, krankhafte Tätigkeit im Organismus beweist.

Aus den Ergebnissen unserer zahlreichen durch drei Jahre hindurch angestellten Beobachtungen können wir folgende Schlüsse ziehen:

Das Bismut hat tatsächlich eine spezifische Wirkung auf die verschiedenen Erscheinungen der Syphilis; diese Wirkung äußert sich insbesondere bei den feuchten Formen, indem deren rasche Eintrocknung bewirkt wird, sowie bei den ulzerierten Formen, welche in kurzer Zeit heilen, was vom prophylaktischen Standpunkt aus unzweifelhaft von Bedeutung ist.

Diese Wirkung ist jedoch fast immer inkonstant, veränderlich und unzuverlässig, da dasselbe Präparat nicht bei allen Kranken im gleichen Sinne wirkt.

Die WR wurde trotz der intensiven Kur mit einem der wirksamsten Bi-Salze fast niemals beeinflußt, was die Resistenz der Krankheit dem Mittel gegenüber beweist.

Das Bismut, wenngleich man ihm auch eine gewisse spezifische Wirkung gegenüber den Erscheinungen der Syphilis nicht absprechen kann, steht doch wenigstens vorläufig den anderen antiluetischen Mitteln, wie Arsenobenzol und Quecksilber bedeutend nach; diese nehmen vielmehr den ersten Rang ein.

Das Bismut ist in As- und Hg-resistenten Fällen von großem Werte und bildet hier tatsächlich ein neues antiluetisches Heilmittel.

Referatenteil

redigiert von Dr. Marie Unna, Hamburg-Bergedorf.

Fachzeitschriften.

Archiv für Dermatologie und Syphilis.

Bd. 148, H. 1.

Sklerodermie im Säuglingsalter. Bemerkung zur Arbeit von Dr. Walter Kneschke in dieser Zeitschrift, Bd. 146, H. 1, von K. Keilmann-Offenbach a. M. S. 1. Fälle von sog. Säuglingssklerodermie und echter Sklerodermie sind scharf zu trennen. Diese befällt die zentralen, jene die peripheren Körperteile (Beine und Arme), die eine zeigt Vermehrung und die andere Schwund des Fettgewebes. Die Fettsklerose der Säuglinge ist umschrieben symmetrisch, und bei ihr handelt es sich um eine ödematöse Quellung der Fettsepten mit besonderen Zelleinlagerungen.

Studien zur Genese des normalen Oberhautpigmentes, von C. Moncorps, II. Med. Kl. u. Hautkl. München. S. 2—14. Vorversuche zeigten zunächst, daß Brenzkatechinderivate in keinem Falle als normale Harnbestandteile im Harne dunkelhaariger Pferde nachgewiesen werden konnten. Weiter ergab sich, daß eine farblose 0,2%ige Lösung von Paraoxyphenylbrenztraubensäure nach Zusatz von 1—2 Tropfen Liquor ferri sesquichlorati eine sattviolette Farbe annimmt. Mit Quarzsand verriebene frische pigmentführende Haut zwischen Zimmer- und etwa 60°iger Temperatur wird mit etwa 10 bis 15 ccm 0,2%iger P-Lösung im Reagenzglas vermischt und nach 24 Stunden filtriert. Zugesetzte Eisenchloridlösung verändert das Violett in Gelbrot. Albinotische oder künst-

Digitized by Google

lich entfärbte Haut zeigt diese Reaktion nicht. Es wurde daraufhin die Einwirkung derselben auf Gefrierschnitte untersucht. Es fand sich eine ausgesprochene Verstärkung des natürlichen Pigmentgehaltes. Sie wurde beobachtet im Stratum cylindricum, spinosum bis granulosum und ferner in der Matrix des Haares. Unsichtbare oder kaum kenntliche Pigmentteilchen treten jetzt scharf hervor, ihre Farbe entspricht dem Normalen. Die Reaktion im selben Schnitt ist von wechselnder Stärke. Die pigmentführenden Kutiszellen geben keine eindeutige Bilder. Die Beobachtungen führen zu dem Schluß, daß der Ort der Pigmentbildung die Epithelzelle ist. Sie bildet die Pigmentmuttersubstanz aus Eiweißspaltprodukten (Phenylalanin, Tyrosin) selbst wahrscheinlich unter Mitwirkung eines spezifischen Fermentes (Brenzkatechinase).

Über Mycosis fungoides mit eigenartigem Vorstadium, von Greif-Worms. S. 15—18. Der mitgeteilte Fall glich anfänglich völlig einem Lichen ruber acuminatus en plaques disseminées mit seinen ausgesprochenen Merkmalen. Im folgenden Jahre hatte sich das Aussehen der Kranken derartig geändert, so daß auch an Prurigo und Neurodermitis gedacht wurde. Gegen Ende des zweiten Jahres zeigten sich flache Formen und Anfang des dritten Jahres Tumoren, welche die Diagnose sicher stellten. Hervorgehoben wird das Auftreten eines unstillbaren Nasenblutens in der Zeit vor dem Exitus.

Über einige Haarerkrankungen, von F. v. Westphalen, Hautkl. Frankfurt. S. 19 bis 27. Am häufigsten ist Haarspaltung zu beobachten, hierbei ist eine Trichoptilosis der Haarenden und eine solche des Haarschaftes zu unterscheiden. Letztere ist häufig der Grund zum einfachen Haarbruch (Trichorrhexis simplex). Die Knoten- oder Schlingenbildung ist bei Frauen häufiger als bei Männern. Bei genauer mikroskopischer Betrachtung erkennt man, daß es sich in allen Fällen von Trichonodosis um Schlingenbildungen handelt, die aber einem echten Knoten oft täuschend ähnlich sehen. Die Trichorrhexis nodosa tritt in zwei Formen auf; in einer selteneren, grauweiße Knötchen im unteren Abschnitte des Haares, und einer häufigeren, einzelne Knötchen im Verlaufe des Haarschaftes. Die Ursachen sind äußerer mechanischer Art, im letzteren Falle handelt es sich wohl auch um biochemische Veränderungen der Haarsubstanz. Die Pityriasis capitis ist nicht so häufig wie die Trichoptilosis, und sie spielt bei den erwähnten Haarerkrankungen offenbar nur eine aktivierende oder stimulierende Rolle.

Über eine Wismutschädigung der Haut, von A. Sternberg, Hautkl. Frankfurt. S. 28—31. Nach Injektion von 11 ccm Wismut (Casbis) entwickelte sich eine Purpura zunächst an den Unterschenkeln, dann Kniekehlen, Ellenbogen und Nacken. In drei weiteren Fällen traten ähnliche Erscheinungen nach kombinierter Salvarsan-Wismut behandlung auf. Die beobachteten Petechien und Ekchymosen in diesen Fällen waren harmlos, da sie spontan selbst bei Fortsetzung der Behandlung ohne allgemeine Schädigung verschwanden.

Pruritus als dyspnoisches Symptom mit Bemerkungen über prurigene Summation, von G. Cohen, Hautkl. München. S. 32—41. Bericht über 22 Fälle von allgemeinem Pruritus ohne primäre Hautveränderungen. Als Ursache kommen verschiedentliche Alterationen der Atmungswege, des Herzens und der Gefäße sowie anämische Zustände in Betracht. Sie bedingen Dyspnoe und Asphyxie der Haut durch die Vermehrung der Kohlensäurespannung im Gewebe. Viel seltener sind andere Ursachen, wie Urinretention, Urobilinämie, Intestinalstörungen, Tuberkulose, Tumoren, psychische Erregungen, Mnemodermie, Erkrankungen des Zentralnervensystems (Lues), weiter vorausgegangener Ikterus, Arthritismus, Asthma, Hämorrhoiden, Hautatrophie. Auch familiäre Faktoren wie Herzaffektionen, Asthma, Arthritismus und Nervenkrankheiten spielen eine Rolle. In nicht weniger als 19 Fällen handelte es sich um Dyspnoiker, von ihnen hatten nur 12 entsprechende Beschwerden, da dieselben nicht immer zur Empfindung zu gelangen brauchen. Pruritus ist keine Erkrankung sui generis, sondern ist ein Symptom krankhafter Zustände des Körpers oder der Psyche. In diesem Falle tritt er ein bei pathologischer Einstellung der Aufmerksamkeit auf physiologische Reize, im anderen durch Vermehrung prurigen wirkender Stoffe in der Haut. Gewöhnlich sind mehrere Faktoren am Auftreten eines Pruritus beteiligt. Die Feststellung aller bekannten Möglichkeiten der prurigenen Ursachen ist sehr wichtig. Bei der Pruritustherapie werden die guten Erfolge der Höhensonnenbestrahlung, aber auch das suggestive Moment stark betont. Das mechanische Moment des Kratzens ist ein Reflex zum Zwecke, die Asphyxie der Haut durch Zirkulationsanregung zu beheben.

Lokales embolisches Bismogenolexanthem. Beitrag zum gleichnamigen Aufsatz von Freudenthal in Bd. 147, H. 1, des Archivs, von V. Nagel-Halle a. S. S. 42

Digitized by Google

bis 43. Nach der 6. Injektion schwoll die betreffende Gesäßbacke, und um die Injektionsstelle zeigte sich eine bläulichrote Verfärbung. Am nächsten Tage verbreitete sich dieselbe in netzartiger Anordnung nach dem Trochanter zu. Die harte empfindliche Infiltration der Gesäßbacke besserte sich in einer Woche. Die Farbe ging allmählich ins Bräunliche über und verschwand nach einigen Wochen.

Beiträge zur Frage des sogenannten „Salvarsanikterus", von G. Birnbaum, Hautkl. Würzburg. S. 44—68. Auf Grund der mitgeteilten Beobachtungen (18 von 1000 Syphiliskranken mit über 20000 Einspritzungen) ergibt sich als Ursache, daß in der Hälfte der Fälle (9) die Syphilis für die Entstehung der Gelbsucht hauptsächlich oder allein verantwortlich zu machen ist (Icterus syph. praecox). Das Salvarsan spielt hierbei nur eine auslösende Rolle entweder infolge unzulänglicher oder verzettelter Dosierung oder infolge einer Überdosierung. Der Icterus syph. kann schon im Anfange der Behandlung auftreten oder auch kürzere oder längere Zeit (2—10 Jahre) nach derselben. Sein klinisches Bild kann dem eines katarrhalischen Ikterus gleichen. Beim Fehlen nachweisbarer Erscheinungen auf Haut und Schleimhäuten kann die Blutreaktion oder die Untersuchung der Rückenmarksflüssigkeit auf die Natur der Gelbsucht hinweisen. Im anderen Falle hat man die weitere Beobachtung abzuwarten. Rascher Rückgang eines Ikterus auf spezifische Behandlung, erneutes Auftreten bei deren Abbruch und sofortiger abermaliger Rückgang bei deren Wiederaufnahme sind beweisend für seine syphilitische Grundlage, auch wenn alle Erscheinungen fehlen und die Reaktionen des Serums und des Liquors negativ bleiben. Bei bestehender Gelbsucht ist eine Quecksilberbehandlung wegen der Gefahr einer akuten gelben Leberatrophie auszuschließen. Weiterhin trifft manchmal eine Gelbsucht aus anderen Gründen, epidemischer, katarrhalischer, septischer und Gallensteinikterus, mit einer Salvarsanbehandlung zusammen. Dieser Zufall konnnte in einem Drittel der Fälle nachgewiesen werden. Nur in zwei Fällen konnte der Ikterus durch Überdosierung bedingt gewesen sein; die Wirkung ist offenbar indirekt, indem Magen- und Darmaffektionen, Exantheme und Enantheme die Verträglichkeit verschlechtern. Eine direkte Leberschädigung durch das Salvarsan scheint es nicht zu geben. An einem zur Sektion gelangten Falle, der reichlich Salvarsan auch während seines Ikterus bekommen hatte, fanden sich keine für die hepatotoxische Wirkung des Salvarsans sprechende Veränderungen. Im Gegensatz zu den bisher veröffentlichten Fällen von Salvarsanikterus bei Kranken ohne Syphilis verlief ein solcher Fall unter dem Bilde einer Cholezystitis, so daß vielleicht an die Möglichkeit einer Auslösung auf dem Wege über den latenten Mikrobismus gedacht werden muß. Die Bezeichnung „Salvarsanikterus" ist demnach für die große Mehrzahl der bei und nach Salvarsanbehandlung auftretenden Fälle von Gelbsucht nicht zutreffend, höchstens dann, wenn die Gelbsucht als Frühikterus unter gleichzeitigen anderweitigen Zeichen schlechter Verträglichkeit auftritt.

Weitere Untersuchungen über das Wesen des Pemphigus, von A. Kartamischew, Dtsch. Hautkl. Prag. S. 69—75. Ein Patient wurde nach seiner Heilung etwa ein Jahr später von neuem untersucht. Außer einigen kleinen Effloreszenzen im Gesicht und an der Mundschleimhaut sowie partiellem Nikolski war nichts zu bemerken, wohl aber gegen früher eine Abnahme der roten Blutkörper an Zahl, eine Verminderung der Harnmenge und eine Zunahme des NaCl-Gehaltes. Der Pat. ist ein Beispiel für Fälle, bei denen noch Ödembereitschaft besteht (latenter Pemphigus). Dieser Zustand ist feststellbar durch die NaCl-Bestimmung, durch den Wasserversuch, gemessen an der Veränderung des Körpergewichtes und der Erythrozytenzahl, und schließlich durch den Durstversuch, erkennbar an der ausgeschiedenen Urinmenge und ihrem spezifischen Gewicht. Kurven geben die Unterschiede zwischen manifestem und latentem Pemphigus und außerdem im Vergleich zum Normalmenschen deutlich wieder. Heilversuche mit Organpräparaten (Thyreoidin, Pituitrin) blieben erfolglos, ebenso gelang es nicht in einem zur Sektion gekommenen Falle, das im Gewebe vermutlich zurückgehaltene NaCl nachzuweisen. Vielleicht aber gestatten die neuen Methoden, die hereditären Verhältnisse des Pemphigus aufzuklären. Jedenfalls sind sie aber für die Prognose bedeutungsvoll, die erst dann günstig zu beurteilen ist, wenn der NaCl-Stoffwechsel zur Norm zurückkehrt.

Ein Fall von Fox-Fordycescher Krankheit, von A. v. Karwowski-Posnan und Doback-Bydgoszcz. S. 76—81. Bei einem 23jährigen, sonst völlig gesundem Mädchen (Zwillingsschwester) treten nach mehrtägigem Jucken zunächst in den Achselhöhlen, dann an den Brüsten, Pubes, Labia majora und Nabelgegend stecknadelkopf-, gleichgroße, halbkugelige Knötchen, graurosa auf unverdickter, leicht pigmentierter Haut, perlschnur-

Digitized by Google

artig geordnet, mit kleinen Dellen oder Hornzapfen an der Spitze, frei von entzündlichen Erscheinungen auf, die ein bestimmtes Feld besetzen und ein heftiges, durch gewöhnliche Behandlungsmethoden unbeeinflußtes Jucken erzeugen. Histologisch wurde Akanthose, spärliche Zellwucherung an einzelnen Papillen, zahlreiche Mastzellen (im Gegensatz zu anderen Befunden) festgestellt. Die Zurechnung der Krankheit zur Neurodermitis erscheint nicht ohne weiteres berechtigt, da das Jucken nicht primär und eine Behandlung mit Röntgenstrahlen erfolglos ist. Therapeutisch hatte Verwendung von Kohlensäureschnee, Kaustik oder Karbolsäure guten palliativen Erfolg.

Beitrag zu den Beziehungen von Asthma und Ekzem, von Ph. Keller, Hautkl. Freiburg. S. 82—97. Storm van Leeuwen fand bei Asthmatikern in 90% eine Reaktion der Haut auf Anwendung eines Extraktes, der aus mit Äther entfetteten Kopfschuppen durch Auslaugen mit einer wäßrigen 5%igen Kochsalz- und 0,4% Natriumbikarbonat enthaltenden Lösung gewonnen wird. Nach 1—2 Tagen wird sie gefiltert (Berkefeld), mit 0,5% Phenol versetzt und schließlich dialysiert. Das Mischungsverhältnis beträgt 1 Teil Schuppen zu 100 ccm Lösung. Hiermit wird eine 4—5 mm große Quaddel angelegt und jedesmal eine gleichgroße mit dem reinen Lösungsmittel als Kontrolle. Bei positiver Reaktion vergrößert sich die eine auf das Doppelte bis Dreifache, nach 20 Min. beginnt die Rückbildung und nach 30 ist sie vollendet. Die andere, ebenso wie die negative Quaddel, bildet sich schon nach 10 Min. zurück. Vollkommen positiv erwiesen sich 21 Fälle von „spätexsudativem Ekzematoid". Es handelt sich hierbei um Patienten zwischen 11—50 Jahren, deren Erkrankung vielfach bereits in der Kindheit beginnt, mit Erscheinungen, wie sie von der Neurodermitis, dem lokalen Pruritus, dem Strophulus und dem chronischen Ekzem eventuell mit akuten Nachschüben her bekannt sind. Die Reaktion ist kein spezifisches Diagnostikum, denn Kinder unter 11 Jahren zeigen sie bei gleicher Erkrankung nicht. Asthma und Ekzematoid kommen nur sehr selten gleichzeitig vor, so daß die Stormsche Reaktion wohl nur den Ausdruck einer allgemeinen allergischen Diathese bedeutet.

Beiträge zur experimentellen Physiologie des männlichen Genitales. II. Über Reflexe von verschiedenen Organen auf das männliche Genitale, von A. Perutz und K. Merdler, Path. Inst. Wien. S. 98—103. Die Messung der reflektorischen Bewegungen geschah durch das Kymographion, dessen Hebel mit dem Samenstrang des laparatomierten und narkotisierten Tieres verbunden wurde. Es ergab sich, daß das männliche Genitale, wenn auch nicht in so hohem Maße wie das weibliche, reflektorisch beinflußbar ist. So wirkten direkte Reizungen des Vagus, solche auf Nase, Dünndarm, Harnblase und besonders auf die Genitaladnexe reflektorisch erregend auf Samenleiter und -blase. Ganz im Gegensatz zum Dünndarm hatten Reize am Magen und Dickdarm keinen reflektorischen Einfluß. Diese Beobachtung ist für therapeutische Maßnahmen verwertbar.

Beiträge zur experimentellen Pharmakologie des männlichen Genitales. 9. Mitteilung: Physiologische und pharmakologische Untersuchungen des Samenstrangs in situ, von A. Perutz und K. Merdler, Pathol. Inst. Wien. S. 104—112. Die Untersuchungen wurden nach einer Methode von Kurdinowski ausgeführt, die es ermöglichte, daß das Vas deferens des Beobachtungstieres keine Spontanbewegungen zeigte. Bei Ausschaltung der Atmung führt die beginnende Erstickung zu einer starken Kontraktion des Samenstranges. Diese Erscheinung ist auf zentralen Reiz zurückzuführen, denn am überlebenden Samenstrang tritt bei Luftabschluß Lähmung ein. Adrenalin (Sympathikusmittel) ruft starke Tonussteigerung hervor. Pilokarpin und Physostigmin (Parasympathikusmittel) erzeugen eine schwache Tonussteigerung und starke Anregung der Rhythmik. Erregungen des Sympathikus und Parasympathikus wirken demnach beide auf die Muskulatur des Samenstranges. Die Gifte der einen wirken stärker als diejenigen der anderen Gruppe. Demnach ist die Innervation des Vas deferens vorwiegend sympathisch. Ergotin, Pituitrin und Chinin waren wirkungslos. Yohimbin erzeugt in großen Dosen eine starke Erregung und in mittleren nach größerer Latenz einen staffelförmigen Anstieg bei Anregung der Rhythmik. Papaverin wirkt lähmend; wurde es vorher verabreicht, so blieb die Erregung, die sonst bei beginnender Erstickung eintritt, aus.

Erfahrungen über neuere Hauttuberkuline (Ektebin nach Moro und Dermotubin nach Löwenstein), von F. Remenowsky und W. Löwenfeld, Hautabt. Polikl. Wien. S. 113—129. Im Ektebin und Dermotubin wurden äußerst wirksame Mittel zur Erzeugung der Kutanreaktion am tuberkulös infizierten Organismus erkannt. Die Impfungen ergaben klinisch und histologisch Bilder, die den spontanen Formen der Haut-

Digitized by Google

tuberkulose völlig entsprachen. Die Wirkung der Mittel ist als eine Reaktion von spezifischem Antigen und spezifischen Antikörpern aufzufassen und nur unter besonderen Verhältnissen (Lues gummosa) treten auch paraspezifische Reaktionen auf. In diagnostischer Hinsicht entsprechen sie allen Anforderungen, wobei nur ein geringer gradueller Unterschied zwischen dem Ektebin und dem Dermotubin festzustellen ist. Therapeutisch haben sie sich durchaus bewährt, indem sie die Zerstörung des tuberkulösen Gewebes beförderten. Durch die hervorragende Einfachheit und Schnelligkeit ihrer Anwendung (Einreibung) sowie ihre relative Gefahrlosigkeit erscheinen sie für die allgemeine Praxis empfehlenswert.

Ein Beitrag zur Kasuistik des subkutanen Sarkoids Darier-Roussy, von P. Görl, Hautkl. Erlangen. S. 130—141. Die Erkrankung begann in dem mitgeteilten Falle, einer 50jähr. Frau, schleichend. Zuerst wurde ein haselnußgroßer Knoten bemerkt, dem innerhalb von 10 Jahren neue folgten. Die Knoten sind derb, fibrös, jung meist kuglig und gut abgrenzbar, älter an manchen Stellen zu knolligen Strängen und Platten verwachsen und dann nicht mehr gut vom Grunde abhebbar. Ulzeration oder Erweichung fehlt. Die Bedeckung ist blaulila, an einer Stelle am Kreuzbein schieferfarben und je nach dem Alter der Knoten mehr oder weniger eingezogen. Unter völligem Freibleiben von Kopf und Extremitäten entwickeln sich die Neubildungen auf Schulter, Rücken, Hüftgegend und Leib und hierbei annähernd symmetrisch. Das Allgemeinbefinden war verhältnismäßig wenig gestört, so daß Pat. stets ihrer Beschäftigung als Wirtschafterin nachgehen konnte. Ein Nachweis bestehender Tuberkulose war nicht zu erbringen, nur ständig vorhandene febrile Temperaturen waren verdächtig. Histologisch war die Bildung von Fett teils in Zellen teils in Hohlräumen bemerkenswert und ferner das Vorkommen von Riesenzellen, welche krystallähnliche Einschlüsse enthielten.

Teerkrebs beim Menschen, von F. Veiel, Heilanst. Cannstatt. S. 142—145. Ein 68jähr. Mann, der seit 23 Jahren an einem immer wiederkehrenden Ekzem des Hodensackes leidet, hat seit 1901 gegen dieses Ekzem sehr häufig Fichtenteer angewendet. Im Mai 1919 wurden zum ersten Male kleine flache Warzen beobachtet, die nach Bepinselung mit Trichloressigsäure wieder verschwanden. Im Mai 1924 wurde ein pfennigstückgroßer Knoten mit geschwürig zerfallener Oberfläche bemerkt und die Diagnose auf beginnendes Karzinom gestellt. Die histologische Untersuchung ergab verhornenden Plattenepithelkrebs. Zur Verwendung kam eine Pix liquida, die mit zwei Teilen 90%igem Alkohol versetzt und dann filtriert wurde. Es sind also die karzinogenen Stoffe nicht bloß im Rückstande, sondern auch im alkoholischen Filtrate enthalten.

Zur Pathogenese der kutanen Idiosynkrasien, von E. Urbach, Hautabt. des Israel. Spit. Wien. S. 146—157. Im ersten mitgeteilten Falle handelt es sich um eine erworbene Idiosynkrasie gegen Natriumkakodylat. Auffallenderweise ist es nicht das Arsen, sondern die Verbindung, denn selbst naheverwandtes Arrhenal, Solarson, Natrium arsenicosum und arsenicicum werden reaktionslos vertragen. Intrakutane Injektion eines Serums, das durch Setzen eines Kantharidenpflasters an einer stark arsenüberempfindlichen Hautstelle gewonnen wurde, erzeugte Allgemein- und Lokalreaktion. Am Rücken befand sich ein Naevus anaemicus. Wird außerhalb desselben Natriumkakodylat intrakutan injiziert, entsteht Rötung und Schwellung, die scharf an der Grenze des Nävus Halt macht. Wird an der gleichen Stelle subkutan eingespritzt, so reagieren die normalen Hautpartien um und innerhalb des Nävus, er selbst nicht. Dasselbe geschieht, wenn in den Nävus selbst injiziert wird. Auch zur Zeit der Desensibilisierung entstand noch eine deutliche zwei Tage anhaltende umschriebene Reaktion. Natriumkakodylatsalbe außerhalb und innerhalb des Nävus verrieben, ergibt im Gesunden positive, im Nävus negative Reaktion. Injektion mit 1%iger Lösung ist außerhalb positiv, innerhalb des Nävus negativ. Der zweite Fall betrifft eine Person, bei der durch mehrere vorausgehende Erysipelattacken die Haut des linken Beines besonders in der Umgebung einer Verletzung sensibilisiert wurde. Bei Einnahme von Chinin trat eine auf diese Extremität beschränkte idiosynkrasische ekzematöse Reaktion ein. Von der am stärksten sensibilisierten Partie rings um die Verletzung nimmt die lokale Desensibilisierung ihren Ausgang. Sie schreitet langsam vorwärts, bis nur noch fixe Erythemherde übrigbleiben. Schließlich zeigen auch diese eine gewisse Desensibilisierung, indem ihrem Auftreten kein Juckreiz mehr vorausgeht und ihre Rötung sich verringert. Die Sensibilisierung war nur durch orale Chininzufuhr möglich, nicht durch intrakutane oder intravenöse Injektionen. Der dritte Fall zeigt eine angeborene Idiosynkrasie gegen Resorzin, gleichgültig, ob dasselbe oral, per- oder intrakutan zugeführt wird. Ein halbes Gramm per os

Digitized by Google

erzeugte nur erythematöse oder urtikarielle Hautveränderungen, auf Gaben von 1 g trat aber eine ekzematöse Reaktion auf. Aus den Beobachtungen wird geschlossen, daß Epidermis und Kutis eine funktionelle Einheit bilden. Ihr idiosynkrasischer Reaktionstyp (Ekzem oder Erythem) ist eine Funktion der Stärke des jeweiligen Reizes. Stets ist aber bei der Kutisidiosynkrasie der kutane Gefäßapparat mitbeteiligt.

Zur Frage der Hautlokalisationen der Lymphogranulomatose, von U. Saalfeld-Path. Inst. Krkhs. Friedrichshain-Berlin. S. 158—165. Der erste Fall betrifft einen 52jähr. Mann, der plötzlich Drüsenschwellung am Halse bekommt. Diese entwickelt zunächst kleinere exulzerierte, später zusammenfließende Tumoren, wobei schließlich eine die ganze Brustseite und Achselgegend einnehmende tiefe, sogar die Knochen arrodierende schmierig zerfallende Wundfläche entsteht. Der Pat. kommt in wenigen Monaten zum Exitus. Der zweite Fall, eine 34jähr. Frau, zeigt zunächst eine Drüsenschwellung der linken Halsseite, dann der linken Mamma, weiter Drüsenpakete in beiden Achselhöhlen. Allmählich verbreiten sich die Tumoren im Gebiete des Halses nach beiden Ohren und dem Rücken. Schließlich kam die Kranke durch eine Pleuritis zum Exitus, wie die Sektion ergab, durch Lymphogranulomknoten der linken Lunge. Die Frage, ob und inwieweit gesetzmäßige Zusammenhänge oder Kombinationen bei Lymphogranulomatose der Haut mit solcher der inneren Organe besteht, konnte nicht nähergetreten werden.

Der Wert der Kulturmethode für die Klinik der männlichen Gonorrhoe, von A. Cohn und F. Simon, Robert-Koch-Inst. u. Hautabt. d. Rud.-Virchow-Krkhs. S. 166 bis 181. Bemerkenswert ist das Ergebnis, daß bei mikroskopisch negativen Gonokokkenpräparaten noch positive Kulturen aus den Schleimhautsekreten gewonnen werden können. So bei behandelter Gon. ant. in einem Zehntel, bei behandelter Gon. ant. et post. in der Hälfte der Fälle. Prostataexprimate in Fällen von behandelter Gon. ant. gingen zu 20% kulturell an. Bei Arthritis gon. wurden weder aus dem Urethral- noch dem Prostatasekret noch aus den Urinfäden Kulturen gewonnen. Chronische Blennorrhoefälle, deren Behandlung abgeschlossen war, ergaben auch nach einer Provokation negative Resultate. Infolge der Überlegenheit des Kulturverfahrens gegenüber dem mikroskopischen Präparat wird empfohlen, es solle in allen auf überstandene Blennorrhoe zu untersuchenden und zweifelhaften Fällen eine Kultur auf Gonokokken angelegt werden. Freilich wird die Wahrscheinlichkeit eines positiven Kulturausfalles stark beeinträchtigt durch das Alter der Krankheit, die Länge der Behandlung, ihre Intensität, durch das Überstehen einer oder mehrerer Tripper, durch das Vorliegen von Komplikationen und durch Vakzination.

Zur Pathogenese des Lupus pernio, von Chuho Tanimura, Hautkl. Kiel. S. 182 bis 188. Es werden 7 Fälle beschrieben. In einem Falle bestanden neben der üblichen Lokalisation noch Herde an den oberen Extremitäten, die ihrer Natur nach als Erythema induratum Bazin angesprochen werden. In 2 Fällen wurden Knochenveränderungen beobachtet und histologisch in 1 Falle Endarteritis, ferner röntgenologisch Hilusdrüsentuberkulose und andere Male Hilusverdichtungen. Die Tuberkulinreaktionen (Pirquet, Intraderm- und Subkutaninjektionen) waren teils negativ teils positiv. Herdreaktionen wurden bei 4 Fällen beobachtet. In Schnitten wurden keine Bazillen gefunden.

Über Lupus vulgaris disseminatus postexanthematicus, von Chuho Tanimura, Hautkl. Kiel. S. 189—196. Die Krankheitsform wurde in 8 Fällen beobachtet, bei Pat. im Alter von 5—13 Jahren; bei 4 derselben waren nachweislich Masern vorausgegangen. Histologisch decken sich die Bilder der Knötchen mit denen des Lupus disseminatus miliaris faciei. Einmal fanden sich im Schnittpräparate Bazillen. Dreimal konnten Tuberkellbazillen gezüchtet werden, es fand sich zweimal boviner und einmal humaner Typus. Der Fall mit humanem Typ ergab bei subkutaner Impfung mit Alttuberkulin stark positive Reaktion, während die Pirquetreaktion schwach ausfiel. Bei dem einen Falle mit bovinem Typ reagierte einmal Pirquet und Intrakutanimpfung von bovinem Tuberkulin viel stärker als humanes, die subkutane Injektion war allerdings fast gleich. Das andere Mal trat die Intradermoreaktion durch Perlsuchttuberkulin etwas schwächer als die humane auf, während das subkutan injizierte Rindertuberkulin viel stärker reagierte als das andere. Im anderen Falle, bei dem bovine Tuberkelbazillen gefunden wurden, zeigte sich einmal gar kein Unterschied zwischen den beiden Tuberkulinen, das andere Mal traten jedoch die Reaktionen viel ausgeprägter durch das bovine Tuberkulin hervor. Bei dem Falle mit humanem Typ zeigten sich gar keine graduellen Unterschiede. Die Verwertung dieser Resultate zu diagnostischen Zwecken wird erwogen.

Digitized by Google

Korymbiforme und kokardenförmige Psoriasis, von K. Wiener, Hautkl. Breslau. S. 197—200. Kurze Mitteilung von zwei Fällen. Die Kokardenform entsteht aus einer am Rande fortschreitenden und zentral abheilenden Effloreszenz, die im Zentrum rezidiviert. Wiederholung des Vorganges (peripheres Fortschreiten, zentrales Fortschreiten und zentrales Rezidiv) führt zur konzentrischen Rückbildung. Bei der kokardenförmigen Anordnung handelt es sich um eine vorübergehende Immunisierung bereits erkrankter Gebiete, bei korymbiformen geht von einer Zentraleffloreszenz eine immunisierende Strahlung in die Umgebung aus und bewirkt in unmittelbarer Nähe völlige, in einer gewissen Entfernung relative Immunität, die nur die Bildung kleiner Effloreszenzen zuläßt. In einem der Fälle fanden sich Übergänge zwischen beiden Formen.

Zur Kenntnis der Ätiologie und der strukturellen Architektonik der Warze (Verruca vulgaris), von B. Lipschütz. S. 201—217. Die Warze gehört zu denjenigen Veränderungen, bei welchen sich sogenannte Kerneinschlüssen finden. Es gehören hierher entzündliche wie nicht entzündliche Prozesse, zu letzteren die Warze. Der Hauptsitz sind die oberen Zellagen des Stratum spinosum, viel seltener auch die tieferen Abschnitte der Stachelschicht an den Papillenabhängen, vor allem auch die Hornschicht. In den Kernen der Stachelschicht nehmen die Gebilde oft eine bläschenförmige von einer Membran begrenzte Gestalt an, sie füllen fast den ganzen Kernraum aus, sind aber noch regelmäßig durch einen schmalen Spaltraum von der Kernmembran getrennt. In diesem liegen gewöhnlich noch Chromatinkörnchen. Die Größe der Einschlußkörper beträgt etwa 5—10 μ im Durchmesser. In den basalen Zellen fehlen sie, weil hier noch das Chromatingerüst erhalten ist. Die kerneinschlußführenden Zellen der Hornschicht stehen in Beziehung zu den Papillenspitzen. Oberhalb des epithelialen Papillenkopfes findet sich eine parakeratotische Hornkuppel. Den seitlichen Anteilen und dem distalen Abschnitte derselben liegen große wabige Zellen an mit einschlußführenden Kernen. Sie heben sich scharf von dem umgebenden Horngewebe ab. Bei einer Anzahl Warzen wurde weiter in den Stachelzellen eine eosinophile keratohyalinoide Substanz festgestellt, in den mittleren und oberen Stachelzellen eine fibrinoide schwach färbbare Masse im Protoplasma, schließlich Körner im Protoplasma einzelner einschlußführender Zellen. In der Hornschicht werden Riesenhornzellen bemerkt. Die Kerneinschlüsse sind ein Merkmal junger Entwicklungsstadien, später verschwinden sie oder finden sich nur spärlich und undeutlich vor. Nicht jede Warze durchläuft alle Entwicklungsphasen. Ihre Größe ist nicht gleich ihrem Alter. Bleibt sie im ersten Stadium stehen, so wird man, trotzdem sie eine erhebliche Größe erreicht haben kann, die erwähnten Zellveränderungen nachweisen können, während alte Warzen, auch wenn sie relativ klein sind, nur das zweite Stadium bzw. das reine Bild einer Hyperkeratose aufweisen. In weiteren Entwicklungsabschnitten begegnet man noch sehr zahlreichen, großen, runden, geblähten, zum Teil dunkel, zum Teil hell sich färbenden Kernen, jedoch ohne Einschlußbildung. Die Zellkerne schrumpfen, werden länglich und deformiert. Die Hornschicht ist anfänglich parakeratotisch, später kernfrei. Alle Phasen sind dabei nicht scharf voneinander getrennt, sondern weisen Übergänge auf. Die Einschlußbildung im Zellkern wird natürlich als Zellkernparasitismus gedeutet.

Beitrag zur Kenntnis der Hautblastomykose mit besonderer Berücksichtigung der Allergieerscheinungen, von E. Ramel, Hautkl. Zürich. S. 218—242. Bei einer 59jähr. Pat. wird eine primäre Hautblastomykose vom Typus Busse-Buschke beschrieben. Die Krankheit nimmt ihren Ausgang am linken Oberarm als subkutanes Infiltrat. Dieses bricht durch und bildet ein chronisches Geschwür, dessen fadenziehendes Sekret zahlreiche Blastomyzeten enthält. Die Ulzeration greift in die Tiefe und führt zu einem osteomyelitischen Prozeß der Ulna. Auf dem Lymphwege erreichen die Hefen die regionären Achseldrüsen, die schon an Tuberkulose leiden, so daß hier eine Mischung von beiden Krankheitsveränderungen entsteht. Während dieser Zeit, die 4—5 Monate umfaßt, behält die Krankheit einen rein lokalen Charakter, hat aber keine Neigung zur Heilung. Sie tritt dann in eine zweite Phase ein, in der schubweise auf hämatogenem Wege akneiforme und subkutane nodöse Effloreszenzen entstehen. In denselben lassen sich die Saccharomyzeten ebenfalls (kulturell, im Schnitt und im Tierversuch) nachweisen. In dieser Periode nimmt die Heilungstendenz allmählich zu, entsprechend der Ausbildung einer spezifischen Allergie. Neue Effloreszenzen werden immer seltener und verschwinden schneller. Etwa ein Jahr nach Beginn der Krankheit ist die Pat. geheilt. In der ersten Periode der Krankheit sind durch Komplementbildung im Blute Antikörper nachweisbar, während eine deutliche kutane Allergie und eine spontane Heilungstendenz noch fehlt. Später verschwinden sie und scheinen daher

Digitized by Google

keine Beziehungen zu den Heilungsvorgängen zu haben. In der zweiten Periode wird dagegen eine histiogene oder kutane Allergie, nachweisbar an der spezifischen Reaktion auf die Injektion von lebenden und toten Hefen sowie auf Blastomyzin. Dieses ist ein zellfreier Extrakt, dessen Injektion sowohl bei der Pat. als bei mit Blastomyzeten geimpften Meerschweinchen eine spezifische Reaktion auslöst. Diese Allergie nimmt parallel mit den Heilungsvorgängen zu und steht wahrscheinlich mit ihnen in ursächlichem Zusammenhange. Im Beginne der Krankheit bei fehlender oder schwacher Allergie findet sich im histologischen Bilde ein lockeres, maschiges, sehr gefäßreiches Gewebe mit leukozytärer, zum Teil eosinophiler Infiltration und massenhaften Blastomyzeten. Mit dem allmählichen Chronischwerden der Entzündung treten die Neubildung der Gefäße und die Zeichen der akuten Entzündung zurück und werden durch ein Granulationsgewebe ersetzt, das vorwiegend aus Fibroblasten und Plasmazellen besteht. Blastomyzeten sind auch hier noch reichlich vorhanden, während die tuberkuloide Struktur nur angedeutet ist. Diese Übergangsform entspricht einer Zeit der Krankheit, in welcher die Allergie noch gering ist. Hiernach aber nimmt die tuberkuloide Gewebsentwicklung zu und kann schließlich bei hochgradiger Allergie so bedeutend werden, daß sie das histologische Bild beherrscht. Für die Blastomykose bestätigt sich die Jadassohnsche Theorie vom Zusammenhange histiogener kutaner Allergie, histologischer Gewebsstruktur und Parasitenzahl.

Die Behandlung des Lupus vulgaris mit Ektebin, von R. Volk und R. Bujan, Lupusheilst. Wien. S. 243—251. Die lokale Einreibung mit Ektebin (Morosalbe) wirkt regelmäßig günstig auf Lupus vulgaris ein, während sie beim Lupus erythematosus weniger Gewähr bietet. Die Anwendung geschah in Intervallen von 3—4 Wochen. Die Zahl der Einreibungen belief sich auf etwa 4—6. Eine vollkommene Ausheilung trat in zwei Fällen ein, bei denen nach 2 Monaten noch kein Rezidiv sichtbar wurde. In allen anderen war die Rückbildung sehr weitgehend, so daß nur an den Rändern noch kleinste Knötchengruppen zurückblieben. In solchen Fällen ist für andere Methoden eine wertvolle Vorarbeit geleistet.

Über die Häufigkeit und Bedeutung pathologischer Liquorveränderungen bei tertiärer Haut-(Schleimhaut-)Lues, von L. Arzt und H. Fuhs, Hautkl. Wien. S. 252 bis 260. Die Untersuchung von 100 Fällen mit tertiärer Haut-(Schleimhaut-)Lues auf Liquorveränderungen und Nervensymptome (Formes frustes bzw. ausgesprochene Tabes dorsalis) ergab in 48% einen positiven Befund. Indessen haben bei Tertiärluetischen der positive Liquor und die eventuell bereits nachweisbaren Symptome des Zentralnervensystems keine ungünstige Prognose. Denn der allergische Zustand der Haut, eine wichtige Voraussetzung für das Zustandekommen von Hautgummen, scheint sich gleichzeitig in Form einer biologischen Umstimmung im Zentralnervensystem auszuwirken. Der Gedanke einer Sanierung älterer positiver Liquores anderer Luesstadien mit und ohne Nervensymptome sowie von Tabes und Paralyse durch künstliche Herbeiführung eines analogen Immunzustandes des Integumentes wie bei Tertiärluetischen (Impfung mit Luetin, mit lebenden Spirochäten oder Transplantationen von gummöser Haut) blieb bisher in seiner Durchführung erfolglos.

Zur Histopathologie der Ichthyosis, mit besonderer Berücksichtigung der Veränderungen an den innersekretorischen Organen, von E. Chiappini, Krkhs. Ferrara. S. 261—267. Der Fall betrifft einen 19jähr. Mann. Die Ichthyosis serpentina war am größten Teile der Oberfläche ausgesprochen, im ganzen symmetrisch, an den Streckseiten, besonders über den Gelenken, stärker. Nägel, Zähne und sichtbare Schleimhäute normal. Allmähliche Entwicklung in der Kindheit. Die Familienanamnese negativ. Hereditäre Lues ausgeschlossen. Dagegen bestand eine Lungentuberkulose, die den Exitus herbeiführte. Die histologische Untersuchung der Haut ergab eine ausgebreitete lymphozytäre Infiltration des Koriums, die wohl nicht mit der Ichthyosis, sondern eher mit der Tuberkulose zusammenhängen dürfte. Die Milz, Leber, Nieren und Schilddrüse zeigten keine besonderen Merkmale, dagegen waren die Hoden, die schon bei Lebzeiten wie bei einem 10jähr. Kinde erschienen, stark verändert. An einigen Stellen waren die Samenkanälchen, an anderen die Leydigschen Zellen der Sklerose verfallen. Manchmal zeigten die Kanälchen auch eine adenomatöse Proliferation.

Ichthyosis congenita oder Erythrodermie congénitale ichthyosiforme?, von A. Jordan und W. Schamschin, II. Hautkl. Moskau. S. 268—276. Es handelt sich um zwei Kinder eines nicht miteinander blutsverwandten Ehepaares, die beide mit ichthyotischen Veränderungen geboren wurden. Das erste Kind starb nach 5 Wochen, konnte nicht eingehend beobachtet werden. Das zweite zeigte universelle Rötung und Schup-

Digitized by Google

pung, besonders im Gesicht und an den Gelenkbeugen. Seborrhoe der Kopfhaut, Haare und Nägel normal. Am 21. Lebenstage starb der Säugling (Glutäalabszeß und katarrhalische Lungenentzündung). Bei der Sektion wurde in der Thyreoidea Kolloiddegeneration gefunden, sonst auch an anderen inneren Organen nichts Besonderes. Die Histologie bot den üblichen Befund. Bei der Frage der Klassifizierung derartiger Fälle wird hervorgehoben, daß weder der klinische noch der histologische Befund eine Abtrennung der Erythrodermie congénitale ichthyosiforme von der angeborenen Ichthyosis gestattet. Trotzdem ist nichts dagegen einzuwenden, wenn man das auffällige Symptom der Rötung zur Trennung in zwei Varietäten benutzt. H. Vörner-Leipzig.

Mitteilungen aus der Literatur.

Regressive Störungen und Atrophien.

Die Behandlung des Lupus erythematosus mit gefilterten Röntgenbestrahlungen der Drüsenregionen des Körpers (The Treatment of Lupus Erythematosus by Filtered X Ray to the Glandbearing Regions of the Body), von W. H. Goeckermann-Rochester, Minnesota. (Med. J. and Record, 1924, Bd. 120, Nr. 11, S. 530—533.) Die Anwendung der Methode ging von der Voraussetzung aus, daß der pathologische Herd des Lupus erythematosus primär im Drüsensystem gelegen ist. Es scheint sich dabei um eine direkte destruktive oder hemmende Einwirkung auf die bestrahlten Drüsen zu handeln. Bestrahlt wurden Zervikal-, Axillar-, Inguinalgegend, Nacken, Abdomen von vorn und hinten unter Filter von 4—6 mm Aluminium, 10 Min. lang in 30 cm Entfernung, bei 135 kV, 5 mA. Die Erfolge waren zum Teil recht befriedigende, Dauererfolge müssen noch abgewartet werden. E. Levin-Berlin.

Acanthosis nigricans, von G. Dóczi-Debreczen. (Krankenvorstellung in dem Debreczener Ärzteverein; Orv. Hetilap, 1924, Nr. 22.) Bei einem 20jähr. Manne, einem Idioten, war auf dem rechten Nacken eine handtellergroße Hautveränderung, welche makroskopisch und mikroskopisch der Krankheit entspricht. Interner und Röntgenbefund waren negativ. M. Porosz-Budapest.

Maligne Neubildungen.

Die Oberflächenspannung und das Krebsproblem (La tension superficielle et le problème du cancer), von W. Kopaczewski. (Compt. rend. acad. des Sciences, 1924, Bd. 179, Nr. 24, S. 1445.) Das Serum von Ratten mit Impfsarkomen und von Kaninchen mit Teerkrebs zeigt eine deutliche Verminderung der Oberflächenspannung gegenüber normalen Seren. Das gleiche gilt für das Oxalatplasma dieser Tiere.
R. Ley-Kreuznach.

Die Selbstbeschränkung des Krebses (Cancer's Selfcontrol), von A. C. Broders-Rochester, Minnesota. (Med. J. and Record, 1925, Bd. 121, Nr. 3, S. 133—135.) Wenn auch bei den gutartigen Geschwülsten nicht zu allen Zeiten eine Selbstbeschränkung ihres Wachstums stattfindet, so ist diese doch im ganzen der Hauptunterschied zwischen gutartigen und bösartigen Geschwülsten. Eine Selbstbeschränkung findet jedoch auch bei den letzteren statt, und zwar durch Bildung von Keratin, besonderen Zellen usw. Nach dem Prozentsatz der differenzierten zu den undifferenzierten Zellen teilt Verf. die Karzinome in verschiedene Grade ein. Je größer der Prozentgehalt an differenzierten (selbstbeschränkenden) Zellen, desto besser die Heilerfolge. E. Levin-Berlin.

Physikalisch-chemische Vorgänge bei der experimentellen Teerkrebsbildung, von Bierich-Hamburg. (Norddeutsche Pathol. Tagung, Rostock, 14. VI. 1924; Zbl. f. Pathol., 1924, Bd. 35, Nr. 8/9.) Das Einwuchern der Krebszellen erfolgt nach Zerstörung der mikroskopisch nachweisbaren Struktur des Bindegewebes in der Einbruchszone, besonders der kollagenen Fasern. Es geschieht durch ins Gewebe eindiffundierende Milchsäure. Die Eigenschaft der Krebszellen, sich exzessiv zu vermehren, wurde in normaler Haut durch verschiedene chemisch definierte Substanzen erzielt.
A. Holländer-Hamburg.

Beobachtungen über die Entstehung von Teerkrebs an Mäusen, von V. E. Mertens. (Zschr. f. Krebsforschg., 1924, Bd. 21, H. 6, S. 494—501.) Mertens machte an Teermäusen die Beobachtung, daß Teerkrebs nicht immer durch Vermittlung von Warzen oder Papillomen im geteerten Gebiet entsteht, sondern daß oft Nekrosen der

Digitized by Google

Haut den Ausgangspunkt bilden. Die Krebsbildung ist nicht an Warzen gebunden, wie zwei Versuche zeigen. Gekappte Warzen können glatt heilen. Verf. beobachtete ferner, daß ein Krebs auf einer nicht geteerten Hautstelle entstand. Die Entstehung des Teerkrebses ist wahrscheinlich kein rein lokaler Vorgang, sondern es kommt zu einer Krebsbereitschaft der Haut. Die Beobachtung, daß Teerkrebs sich an Hautnekrosen anschließen kann, wird damit erklärt, daß das Bindegewebe nicht mehr normal ist und deshalb auch nicht mehr die darüber befindliche Haut ernähren kann.

A. Holländer-Hamburg.

Beiträge zur experimentellen Untersuchung der Morphogenese und der Histogenese der Neubildungen, von W. Stefko. (Zschr. f. Krebsforschg., 1924, Bd. 21, H. 6, S. 432—449.) Bei Mäusen und Kaninchen konnten durch Kohlenteerpinselung echte Karzinome hervorgerufen werden, bei Meerschweinchen erzielte Stefko trotz 10 Monate dauernder Pinselung nur kleine Epithelwucherungen, niemals Karzinome. Amphibien erweisen sich gegenüber dem Kohlenteer als sehr empfindlich. Die Tiere gehen bei Pinselung großer Hautabschnitte rasch zugrunde, Herz, Leber und Lunge sind stark verändert. Es entwickeln sich adenomatöse Bildungen aus der basalen Epithelschicht (adenoide Basaliome Krompechers), bei einigen Tieren Lymphangiome. Das elastische Gewebe ist ebenfalls stark verändert. Der Wirkungsmechanismus der im Kohlenteer befindlichen Stoffe setzt sich aus verschiedenen Erscheinungen zusammen: 1. relativ spezifische lokale Wirkung des Kohlenteers, 2. Empfänglichkeit für die Wirkung des karzinogenen Agens auf die zur Regeneration fähigen Zellen, von denen das Krebswachstum ausgeht, 3. Disposition.

A. Holländer-Hamburg.

Über den Einfluß von Gravidität und Laktation auf die durch Teerpinselungen erzeugten Epithelwucherungen am Kaninchenohr, von N. Krotkina-St. Petersburg. (Zschr. f. Krebsforschg., 1924, Bd. 21, H. 6, S. 450—452.) Bei zwei Kaninchenweibchen, an denen Teerpinselungen vorgenommen, und die während der Versuchszeit mehrmals trächtig wurden, konnte bei den durch die Pinselung erzeugten Epithelwucherungen ein beschleunigtes Wachstum während der Gravidität und ein Rückgang der Geschwülste während der Laktation beobachtet werden.

A. Holländer-Hamburg.

Bericht über Mäusekrebsversuche, von F. Mandl u. F. Stöhr. (W. kl. W., 1924, Nr. 50, S. 1275.) In einer vorläufigen Mitteilung berichten die Verff. über die Ergebnisse von Versuchen dieser Art, die sich über $2^1/_2$ Jahre erstrecken. Die Erzeugung des sogenannten Teerkarzinoms gelang durch rein äußerliche Applikation auf die unversehrte Haut in keinem Fall. Bei Bepinselung der Rektalschleimhaut kam es in 14 Monaten bei 6—8% der Mäuse zu karzinomartigen Neubildungen, also auch eine äußerst geringe Ausbeute im Vergleich mit anderen Experimentatoren. Die Gründe für diese geringe Zahl der erzeugten Mäusekarzinome kann weder in der Art des Teerpräparates noch in der Anwendungsart liegen, da hierin Übereinstimmung herrscht; sondern die Verf. glauben, daß durch besonders günstige Ernährungs- und Wartungsverhältnisse der Versuchstiere die Karzinomentwicklung gehemmt wurde. Auch wenn die mit Teer vorbehandelten Mäuse skarifiziert und dann weiter mit Teer behandelt wurden, kam es nicht zu einer Karzinombildung. Bei Überimpfung eines Mäusetumors entwickelten sich bei den mit Teer vorbehandelten Mäusen prozentual viel weniger Tumoren als bei den unbehandelten Tieren; es verleiht also anscheinend die Teerbehandlung eine gewisse Immunität gegenüber dem Impfkarzinom. Dagegen ließ sich durch rein physikalische Maßnahmen (Faradisieren) die Karzinomempfänglichkeit steigern.

A. de Lemos-Hamburg.

Die Experimentalpathologie des Karzinoms (The Experimental Pathology of Cancer), von J. D. Dunham-Columbus, Ohio. (J. Am. med. Ass., 1925, Bd. 84, Nr. 1, S. 4.) Verf., der die wichtigsten Probleme der Krebsforschung, Transplantation, Biologie der Transplantate, Immunität bei Karzinomen, Bestrahlung in der experimentellen Krebspathologie behandelt, gibt eine teilweise durch eigene Versuche erweiterte Darstellung dieser Fragen, die jedoch für den Dermatologen nichts wesentlich Neues von Interesse bringt.

F. M. Peter-Hamburg.

Biochemische Untersuchungen von Karzinomzellen mittels artfremder Sera, von P. Illing-Dresden. (Zschr. f. Krebsforschg., 1924, Bd. 21, H. 6, S. 463—468.) 17 Karzinome und 1 Sarkom wurden in Karzinomserum vom Menschen und normales menschliches Serum, in Sera von verschiedenen Tieren und in 0.85%ige Kochsalzlösung eingelegt. Gleichzeitige Kontrollversuche mit normaler Schleimhaut, Drüsengewebe und normaler menschlicher Haut. Karzinomzellen halten sich im allgemeinen besser als nor-

Digitized by Google

male Epithelzellen des Menschen; in bestimmten Seren halten sie sich besser als in anderen. Versuche mit Aufschwemmungen von Blutkörperchen von Krebskranken und normalen Menschen ergaben keine Unterschiede. Die Anstellung hämolytischer Reaktionen von Karzinomen mit verschiedenen Tierblutkörperchen deutet auf biochemische Beziehungen zwischen der hämolytischen Reaktion des Blutserums der Krebskranken und dem Verhalten der Krebszellen hin. A. Holländer-Hamburg.

Klinisch-histologische Beobachtungen zum Problem der Krebsentstehung, von O. Grütz, Univ.-Hautkl. Kiel. (Zschr. f. Krebsforschg., 1924, Bd. 21, H. 6, S. 415 bis 431.) Nach der gelungenen experimentellen Krebserzeugung wendet sich heute das Interesse des Klinikers mehr denn je den ersten Anfängen der Krebsentwicklung zu. Die Bowensche präkanzeröse Dermatose ist am besten zur Erforschung der präkanzerösen Zustände geeignet. Grütz gibt kurz die klinischen Befunde dreier von ihm beobachteter Fälle wieder (Näheres Derm. W., 1924, Nr. 79). Vom histologischen Bild sind an Besonderheiten anzuführen: merkwürdige Atypie und Polymorphie der Zellstruktur an den verdickten Epidermispartien, stellenweise ganz regelwidrige Begrenzung der Epidermis nach unten, Atypie und Polymorphie der Kernformen, völlig gestörte Entwicklungsfolge der Epidermiszellen. In den Randpartien der makroskopisch unveränderten Umgebung der erkrankten Hautgebiete wurden ebenfalls Wachstumsanomalien gefunden. In Serienschnitten eines der Grützschen Fälle wurde sein nävogener Ursprung nachgewiesen. Vorf. glaubt für den bisher von Darier, Eliascheff und Ducrey vermuteten nävogenen Ursprung der Bowenschen Dermatose den Beweis erbracht zu haben. Die Ergebnisse der experimentellen Krebsforschung von Dreyfuß, Bloch, Deelmanns werden zum Vergleich herangezogen, es finden sich ziemliche Übereinstimmungen zwischen den histologischen Befunden in der Epidermis bei der Bowenschen Dermatose und den experimentellen Befunden. Das präkanzeröse Stadium bei der Bowenschen Dermatose kann Jahrzehnte bestehen und dann doch in typisch malignes Wachstum übergehen. Die histologischen Befunde im Bindegewebe (Mangel bzw. Reichtum an Mastzellen, Untergang bzw. vermehrtes Wachstum der elastischen Fasern) können nur teilweise mit den Bierichschen experimentellen Ergebnissen in Einklang gebracht werden. Ähnliche Befunde lassen sich auch beim Nävus erheben, infolgedessen haben die Bierichschen Untersuchungen auch hier besondere Bedeutung. A. Holländer-Hamburg.

Über Hautkarzinome, von G. Riehl. (W. m. W., 1924, Nr. 50, S. 2658.) Im Rahmen eines Vortrages bespricht Verf. die verschiedenen Formen der Hautkarzinome, wobei erstens die Metastasen innerer Karzinome, zweitens die primären Hautkrebse in Frage kommen. Unter letzteren kann man einteilen in oberflächliche, tiefgreifende und papillär wuchernde. Die oberflächlichen machen so gut wie niemals, die tiefgreifenden selten, die papillären dagegen eher Metastasen. Anschließend behandelt Verf. kurz das Pagetsche Karzinom und den Morbus Bowen. Auch auf die verschiedenen präkanzerösen Erkrankungen geht Verf. ein, wie Nävi, Xeroderma pigmentosum, Keratosen, Schädigungen nach Röntgen- und Radiumstrahlen usw. Bei der Histologie bespricht er besonders die Rolle, die die Grenzschicht zwischen Epithel und Kutis spielt, und die Bedeutung des Überschreitens derselben durch das vordrängende Epithel.

E. Langer-Berlin.

Zur Lehre der Hautkarzinome. Das Karzinom der äußeren Haarwurzelscheide, von E. Hedinger, Path-anat. Inst. Zürich. (Virch. Arch., 1925, Bd. 254, H. 2, S. 321.) Der Verf. beschreibt einen von der linken Halsseite eines 34jähr. Pat. stammenden, soliden Hauttumor, der vor etwa 11 Jahren als nicht einmal stecknadelkopfgroßes, weißliches Knötchen gewöhnlich beim Rasieren weggeschnitten, allmählich herangewuchs und im Jahre 1920 bohnengroß exstirpiert wurde. Alsbald Rezidiv. Im Jahre 1924 haselnußgroß von H. untersucht. Der Tumor besteht aus soliden, teils rundlichen, teils mehr unregelmäßigen Zellherden, die in ihrem Zentrum oft verhornte und verfettete, selten verkalkte, bald konzentrisch geschichtete, bald mehr homogene Massen enthalten. Als besondere Elemente fallen helle Zellen auf, mit homogenem, stellenweise Neutralfett aufweisendem Protoplasma und scharfen Zellgrenzen. Diese Zellen leitet H. von den Zellen der unteren Hälfte der äußeren Haarwurzelscheide ab. Sie wurden auch an solchen Stellen des Tumors nachgewiesen, die sonst völlig einem gewöhnlichen Kankroid entsprachen. Eugen Fraenkel-Hamburg.

Die Karzinomdiagnose (The Diagnosis of Cancer), von J. Ewing-New York. (J. Am. m. Ass., 1925, Bd. 84, Nr. 1, S. 1.) Zusammenfassender Bericht.

F. M. Peter-Hamburg.

Digitized by Google

Die Endresultate bei der operativen Radium- und Röntgenbehandlung des Brustkrebses (The End Results of the Treatment of Carcinoma of the Breast with Surgery, Radium and Roentgen Rays), von H. Schmitz-Chicago. (Am. J. of Roentgenology, 1924, Bd. 12, Nr. 6, S. 531.) Bei einzelnen beweglichen Knoten (Gruppe 1) wird nur operiert. Bei Gruppe 2, welche bewegliche Geschwülste mit Achseldrüsenmetastasen umfaßt, die Radikaloperation mit Röntgen- und Radiumbehandlung kombiniert. In der 3. Gruppe, bei Tumoren, die mit der Brustwand verwachsen sind, und der 4. Gruppe mit mediastinalen oder Knochenmetastasen nur Röntgen und Radium angewendet. Es zeigte sich, daß die Dreijahrstatistik die entgültigen Resultate ziemlich genau wiedergibt insofern, als die Fünfjahrstatistik von ihr kaum verschieden ist. Nach 3 Jahren lebten von Gruppe 1 (7 Fälle) 71,5%, von Gruppe 2 (12 Fälle) 50%, von Gruppe 3 (15 Fälle) 13,3%, von Gruppe 4 keiner. Die Röntgenbestrahlung wurde bei Brust, Achsel- und Supraklavikularfeld mit 170 kV maximal, beim Rückenfeld mit 200 kV maximal ausgeführt, bis zum Auftreten eines lebhaften Erythems. Radiumbehandlung geschah entweder in sog. „packs" (zusammengestellten Präparaten von 6 × 10 cm Größe und einem Gehalt von 200—400 mg RaEl oder mit 1,5 mm Messingfilter 2800 mgstden) oder mit Nadeln, die je 10 mg RaEl enthielten und von denen je eine pro Quadratzentimeter 8—10 Std. liegen blieb. Man beginnt von der Peripherie und rückt konzentrisch mit je 1 cm Zwischenraum bis zum Zentrum vor. In der Aussprache wird von Lee darauf hingewiesen, daß die in der Literatur mitgeteilten operativen Fünfjahrstatistiken im allgemeinen viel zu günstig sind. Nach seinen ausgedehnten eigenen Erfahrungen überleben nur 15% die Fünfjahrgrenze. H. Holthusen-Hamburg.

Über die Behandlung von Karzinomen mit Kochsalzbrei und über die Verstärkung der Röntgenstrahleneinwirkung durch Kochsalzanreicherung des Körpers (2. Mitteilung), von E. Andersen, Städt. Krankenanst. Kiel. (M. m. W., 1924, Nr. 43, S. 1493.) Bei einem Mammakarzinom und zwei Kankroiden wurden sehr beachtenswerte Erfolge durch Auftragen von Kochsalzbrei auf die Geschwürsflächen (makroskopisches Verschwinden, mikroskopisch starke Schädigung der Krebszellen, Stationärbleiben der Reste) erzielt. Weniger eindeutig ist ein Darmkrebs, der von einer Oberschenkelwunde aus mit Kochsalzbrei behandelt wurde und darauf Zerfallserscheinungen (Blutungen, Wiederdurchgängigkeit) zeigte. Das Kochsalz wandert in die Zellen und verstärkt den Stoffwechsel. Bei zu starker Kochsalzanhäufung gehen diese zugrunde, besonders die bereits in erhöhtem Stoffwechsel befindlichem Krebszellen. Röntgenbehandlung steigert noch die Reizung der Zellen. Daher kann je nach dem Grade der schon vorhandenen Reizung durch das Kochsalz Wucherung bis Nekrose eintreten. Man soll also Krebskranken vor der Bestrahlung mehrere Tage lang Haferkost, die ebenfalls zur Kochsalzretention führt, und außerdem reichlich Kochsalz geben, bis Kochsalzfieber auftritt. Kleine, häufigere Röntgendosen! Unterstützung durch Proteinkörpertherapie.
A. v. Notthafft-München.

Ein primäres Sarkom der Kopfhaut, von N. Sysak, Pathol.-anatom. Dtsch. Univ.-Inst. Prag. (Zschr. f. Krebsforschg., 1924, Bd. 21, H. 6, S. 469.) Mitteilung eines seltenen Falles von multiplem, primärem Sarkom der Kopfhaut. Die 38jähr. Pat. bemerkte vor 10 Jahren eine haselnußgroße Geschwulst am Kopf, die sich im Laufe der Jahre vergrößerte. Später kamen vier kleinere bis kirschgroße Geschwülste hinzu.
A. Holländer-Hamburg.

Beitrag zur Bekämpfung der Verbreitung der bösartigen Geschwülste, von H. G. Jacubsohn-Wilna. (Zschr. f. Krebsforschg., 1924, Bd. 21, H. 6, S. 502—513.) Verf. nimmt für die Entstehung von Karzinomen und Sarkomen eine bakterielle Ursache an und sucht durch zahlreiche klinische Angaben die Richtigkeit seiner Infektionstheorie bei diesen Geschwülsten zu beweisen. Mäuse und Ratten werden als Verbreiter angesehen. Nach Ansicht des Verf. müssen bei Aufnahme der Infektion besondere Mißverhältnisse im Organismus eine Rolle spielen. Experimentelle Arbeiten. Verf. verfütterte Tumormassen sowie Sekrete und Exkrete von an Karzinom bzw. Sarkom erkrankten Mäusen direkt an Ratten und Mäuse. Bei einer zweiten Serie von Versuchstieren wurden Sekrete und Exkrete karzinomkranker Menschen verfüttert. Außerdem benutzte Jacubsohn Blut von Karzinom- und Sarkomkranken zur Verfütterung und Fliegen, die aus der Umgebung dieser Kranken stammten. Fast alle Versuchstiere gingen rasch unter Intoxikationserscheinungen ein. Mäuse gingen nach Verfütterung von Rattentumor rasch zugrunde, blieben aber nach Verfütterung von Mäusetumor lange am Leben. Große Sterblichkeit wurde bei Verfütterung von Speichel Karzinomkranker und Speichel von an Zungenkarzinom Erkrankten sowie bei Verfütterung von Erbrochenem und Kot

Digitized by Google

von an Magen- und Darmkarzinom Erkrankten festgestellt. Verf. glaubt durch seine Experimente bewiesen zu haben, daß es sich um sehr toxische Produkte handelt. Er hätte kein Auftreten von Karzinomen und Sarkomen beobachten können, weil seine Versuchstiere zu schnell starben. Die eben genannten Sekrete, Exkrete usw. könnten eine Gefahr für die Umgebung der Kranken darstellen. A. Holländer-Hamburg.

Mund und Nase.

Vincentsche Angina während einer antiluetischen Kur (Vincent's Angina Occurring in a Patient Under Treatment for Syphilis), von I. C. Sutton-Calif. (J. Am. m. Ass., 1924, Bd. 83, Nr. 24, S. 1919.) Trotz der reichlich erhaltenen Dosen von Sulpharsphenamin typische Vincentsche Angina (Spirillen und fusiforme Bazillen nachgewiesen). F. M. Peter-Hamburg.

Tuberkulose der Zunge (Tuberculosis of the Tongue), von H. Morrow und H. E. Miller-San Francisco. (J. Am. m. Ass., 1924, Bd. 83, Nr. 19, S. 1483.) Die Tuberkulose der Zunge ist relativ selten, die Angaben der Untersucher schwanken bei tuberkulösem Leichenmaterial zwischen $^1/_8$—$2\,^0/_0$, bei tuberkulösen Lebenden zwischen 1:12000 und $1\,^0/_0$. Unterscheidung in sekundäre Form (bei schon bestehender Tuberkulose) und primäre Form (ohne nachweisbare anderweitige Tuberkulose); letztere wird angezweifelt. Das Alter ist von geringerer Bedeutung, im Kindesalter ($5^1/_2$ Jahre) höchst selten, Kulminationspunkt 30—40 Jahre, aber auch in höherem Alter (bis 80 Jahre). 4—5mal mehr Männer als Frauen werden befallen. Die klinischen Formen und ihre Differenzialdiagnose gegenüber Gumma, Karzinom, traumatischen und infektiösen Geschwüren, Lepra und gutartigen Tumoren werden besprochen. Es empfiehlt sich, keine Teil-(Probe-) exzision, sondern möglichst gleich eine Radikalexzision vorzunehmen. Primäre Form ist bei sorgfältiger Keilexzision im Gesunden prognostisch gut, sekundäre durchaus vom Lungen- usw. Befund abhängig. 16 Fälle werden mitgeteilt. In der Diskussion erwähnt Wende-Buffalo eine primäre Zungentuberkulose, die auf Radium gut ansprach; Zeisler-Chicago weist auf Jadassohns Einteilung hin, empfiehlt zur Therapie Röntgen, da meist chirurgische Hilfe bei der großen Ausdehnung zu spät komme und unmöglich sei. E. Schäfer-Göttingen.

Einiges über filtrierbare Virusarten und das „Kulturvirus" der Maul- und Klauenseuche, von W. Pfeiler-Jena. (Zbl. f. Bakt., 1924, Bd. 92, H. 7/8, S. 574.) Die Forschung erbrachte den Beweis, daß die sogenannte Ultravisibilität nicht für alle Vertreter der filtrierbaren Virusarten besteht. Der Erreger der Lungenseuche ist bereits vor 15 Jahren genau beschrieben worden. Auch bei der morphologischen Darstellung durch Züchtung der Erreger der Pocken, Tollwut, Schweinepest und Maul- und Klauenseuche sind wesentliche Fortschritte zu verzeichnen. 1911 hat v. Betegh kleine, rundliche oder ovoide Körperchen in der Aphthenlymphe beschrieben, die mit Bestimmtheit als Erreger der Maul- und Klauenseuche angesehen werden können. Die von Stauffacher, Gries und vom Verf. beschriebenen Gebilde sind sicherlich miteinander identisch und auch identisch mit den von Frosch mit Hilfe der Photographie im ultravioletten Licht dargestellten Mikroorganismen. Die Züchtung der Erreger der Maul- und Klauenseuche in krankmachender Form und hoher Generationsfolge ist Verf. schon vor 2 Jahren gelungen. Die Dahmenschen Kulturen stellen wahrscheinlich nur Kümmerformen dar. F. Harry-Wiesbaden.

Adenosarkom der rechten Tonsille durch Radiumemanation geheilt (Adenosarcoma of the Right Tonsil Cured by Radium Emanation Seeds), von I. Glassmann-New York. (Med. J. and Record, 1925, Bd. 121, Nr. 2, S. 86—87). Nach voraufgegangener Novokainanästhesierung wurden kleine Glaskapillaren mit Radiumemanation in den Tumor eingebettet. Heilung in knapp 3 Wochen. Radiumemanation ist der Anwendung von Radium selbst vorzuziehen, weil die Anwendung eine bequemere ist und keine so große Erfahrung erfordert. E. Levin-Berlin.

Haare und Nägel.

Hypertrichose und Vererbung, von J. Csillag-Budapest. (Magyar Orvos, 1924, Nr. 21.) In der Pubertät sah er oft einen stärkeren Bartwuchs bei jungen Mädchen auftreten, nach seiner Behauptung in solchen Familien, wo der Vater, der Großvater oder Urgroßvater mit lichtem Haarwuchs (auch am Rücken oder Brust) versehen waren. Die Ähnlichkeit der Abkömmlinge war auffallend. Wo mehrere Geschwister am Gesicht oder Kinn starken Bartwuchs aufwiesen, waren diejenigen, die der Mutter ähnlich

Digitized by Google

waren, nur mit schwachen Flaumenhaaren versehen. Die Erblichkeit der Hypertrichose war auch an anderen Haarregionen festzustellen. Die Stärke des Haarwuchses ist eine Rasseneigenschaft. Bei Juden soll sie öfters vorkommen. M. Porosz-Budapest.

Behandlung der seborrhoischen Alopezie mit ultravioletten Strahlen (Traitement de l'alopécie séborréique par les rayons ultra-violettes), von L. Bizard. (J. de Méd. de Paris, 1924, Nr. 45, S. 947—948.) Zur Anwendung kam bei den Versuchen Quecksilberdampflampe von 1200—2400 Kerzen. Zwecklos ist das Verfahren bei alten Kahlköpfen. Zur Vorbereitung müssen die Haare, soweit sie noch vorhanden sind, rasiert oder ganz kurz geschnitten werden. Entfernung der Fettschicht der Haut. In jeder Sitzung soll höchstens der halbe Kopf behandelt werden. Bestrahlt wird in 30 cm Entfernung, mindestens 20 Minuten lang, um eine starke Wirkung zu erzielen. Dabei kommt es unter Umständen zu Kopfschmerzen, die aber bald wieder schwinden, Erythem, auch Blasenbildung. Nach 10 Tagen Wiederholung, auch wenn die Reizerscheinungen noch nicht ganz abgeklungen sind, die Reaktion ist dann geringer. Es stellt sich oft ausgebreitetes Wachstum von Lanugohaaren ein, die aber regelmäßig wieder ausfallen. Die dauernde Einwirkung auf den Haarwuchs ist fast gleich Null, doch läßt sich ein Stillstand des Ausfalles erzielen. E. Levin-Berlin.

Dermatomykosen.

Untersuchungen über das Vorkommen wachstumsfördernder Wirkungen nach Radiumbestrahlung an menschenpathogenen Hyphomyzeten, von G. Miescher, Dermatol. Univ.-Klin. Zürich. (Fortschr. d. Röntgenstr., 1925, Bd. 33, H. 1, S. 81—84.) Trotz mannigfacher Variation der Versuchsbedingungen konnten wachstumsfördernde Wirkungen nach Radiumbestrahlungen bei Hautpilzen nicht nachgewiesen werden. Gewisse als Wachstumssteigerung gedeutete Beobachtungen müssen in das Gebiet normaler Fluktuation gerechnet werden. E. Levin-Berlin.

Beitrag zum Studium der Dermatophyten (Contribution à l'étude des Dermatophytes), von M. L. Grigoraki. (Compt. rend. acad. des Sciences, 1924, Bd. 179, Nr. 24, S. 1423—1425.) Da verschiedenartige pathogene Hautpilze oft dasselbe klinische Bild hervorrufen, andererseits ein und derselbe Pilz variable klinische Erscheinungen macht, ist nach Verf. Ansicht eine Gruppierung der Mykosen nach klinischen Gesichtspunkten nicht angebracht, vielmehr hat die Trennung lediglich nach dem botanischen Charakter der Erreger zu erfolgen. Verf. schließt sich dem von Matruchot und Dassonville früher aufgestellten Einteilungsprinzip der Dermatophyten an, das sie unter die Gymnoasken einreiht. Danach sind zwei Gruppen zu unterscheiden: 1. Die Gymnoasken, die durch die Bildung von Perithezien gekennzeichnet sind, umfassen das Genus Matruchotiella (mit einer einzigen Art: Matruchotiella-Trichophyton Currii) und das Genus Eidamella (mit einer einzigen Art: Eidamella spinosa). 2. Die Atelogymnoasken, die die Fähigkeit zur Perithezienbildung verloren haben. Durch den Pleomorphismus, dem alle diese Pilze unterliegen, verkümmern allmählich die Fruktifikationsorgane, meist in der Weise, daß anfangs mehrkammerige Spindelsporen schließlich zu einkammerigen Spindeln werden und im weiteren Verlauf eine weitere Rückbildung in große, schließlich in kleine Chlamydosporen oder Aleurien stattfindet, und endlich entsteht nur noch völlig steriles Myzel. Man darf Artunterscheidungen daher niemals bei pleomorphen, sondern nur bei den primären Ausgangskulturen vornehmen. Die Atelogymnoasken umfassen folgende Arten: a) die Spirallia, die durch die Bildung von „vrilles", das sind spiralige Anlagen von Perithezien, während des ganzen Entwicklungsablaufes gekennzeichnet und also leicht zu diagnostizieren sind; b) die Closterosporia, durch Bildung mehrkammeriger Spindelsporen nur auf alten Mutterkulturen, ausgezeichnet; c) Closteroaleurosporia, mit bereits verkümmerten Spindeln und verschieden großen Chlamydosporen; d) die Chlamydoaleurosporia, die nur noch große und kleine Chlamydosporen oder Aleurien besitzen; e) die Aleuriosporia, besitzen nur Aleurien. Die Riesenkulturen aller dieser Arten sind von Anfang an weiß, oder, falls pigmentiert, verlieren sie das Pigment rasch durch fortlaufenden Pleomorphismus, durch den auch die Virulenz sich abschwächt, so daß sie meist nur oberflächliche Dermatomykosen hervorrufen. Alle Arten von Trichophyton, Mikrosporon, Achorion, Epidermophyton, Endodermophyton, die weder Spindeln noch Chamydosporen, noch Aleurien, sondern Arthrosporen bilden, gehören zu den Arthrosporia, deren Kulturen alle glatt, d. h. nicht flaumig sind, wenig und spät pleomorphisieren, und zwar unter Reduktion der Zahl der Arthrosporen, die zuletzt auch zu interkalären Chlamydosporen oder Aleurien werden. O. Grütz-Kiel.

Digitized by Google

Über pathogene Hautpilze in Amsterdam (beim Menschen) (Over pathogene huidschimmels in Amsterdam, voorkomen bij den mensch), von J. Papegaay. (Nederl. Tijdschr. v. Geneesk., 1925, 1. T., S. 879. Dissertation. Autoreferat.) Verf. hat während 2 Jahren, von März 1921 bis März 1923, die an der Universitätsklinik in Amsterdam behandelten parasitären Pilzerkrankungen der Haut untersucht. Im ganzen waren es 420 Fälle, wovon 372 Fälle Favus. Dabei war ein erwachsener Mann mit einem Favus des Bartes. Dreimal wurde die Erkrankung verursacht vom Achorion Quinckeanum. An der Haut zwischen den Zehen, den Fingern und in der Leistenbeuge wurde siebenmal die von Dr. Muys zuerst als Epidermomycosis inguinalis beschriebene Erkrankung gefunden. Diese ist charakterisiert durch ein feuchtes, rotes bloßliegendes Korium mit einem weißen Rande von mazeriertem Epithel und kleine Pseudopusteln in der Umgegend. Der daraus gezüchtete Pilz war das Oidium albicans. Das Trichophyton gypseum erwies sich als ein Trichophyton interdigitale (Priesly). Die folgenden Pilzarten wurden gefunden:

	Bart	Behaarte Kopfhaut	Unbehaarte Haut	Nägel	Total
Trichophyton regulare . . .	—	32	4	—	36
Tr. ochropyrraceum n. sp. . .	—	5	4	—	9
Tr. crateriforme	—	1	—	—	1
Tr. acuminatum	—	1	—	—	1
Tr. violaceum	1	3	—	—	4
Tr. cerebriforme	8	—	1	—	9
Tr. gypseum asteroides . . .	2	4	3	—	9
Tr. gypseum	—	—	1	—	1
Tr. rosaceum	125	4	11	4	144
Tr. faviforme discoides . . .	—	—	1	—	1
Tr. erictrephon n. sp. . . .	—	—	1	—	1
Epidermophyton inguinale . .	—	—	27	—	27
Achorion Schönleini	—	48	8	—	56
Achorion Quinckeanum . . .	—	—	6	—	6
Oideum albicans (Tr. interdigitale, Priestly)	—	—	7	—	7
	136	98	74	4	312

Amsterdam (Holland) hat also seine eigene Pilzflora. Der Pilz für die Trichophytia barbae ist in erster Linie das Tr. rosaceum, während das Tr. regulare die Mehrzahl der Pilzerkrankungen des behaarten Kopfes (mit Ausnahme des Favus) verursacht. Eine neue vom Verf. beschriebene Art ist das Tr. eriotrephon, das sich kennzeichnet durch die Formation zahlreicher Nodi in der Kultur im hängenden Tropfen. Das Tr. ochrophyrraceum ist in 1916 zuerst beschrieben von Muys. Die Kultur ist im Anfang leicht gelb, wird aber später braunrot. J. D. Kayser-Haag.

Die Trichophytosen und Trichophytide (Tricofitosi e tricofitidi), von J. Cappelli-Turin. (Riforma med., 1925, Nr. 1.) Verf. bespricht den gegenwärtigen Stand der Trichophytosen- und Trichophytidfrage, hebt den außerordentlichen klinisch-morphologischen Polymorphismus der Trichophytide hervor, welcher dem der Tuberkulose und und der Syphilide nicht im geringsten nachsteht. Folgende Formen sind bisher beschrieben worden: Die papulöse, pustulöse, erythematosquamöse, die bullöse, die polymorphe, die nodöse und endlich die erythrodermische Form. Diesem Polymorphismus entspricht auch eine große Varietät der pathologisch-anatomischen und klinischen Charaktere. Man müsse aber in der Bezeichnung der sich präsentierenden Dermatosen als Trichophytide kritisch sein, da die Diagnose eines wahren Trichophytids von gewissen positiven und negativen Bedingungen abhänge. Namentlich ist darauf zu achten, daß nicht eine diffuse Trichophytie als Trichophytid aufgefaßt werde. Am ehesten als Trichophytide sind die lichenoiden Formen anzusprechen, welche auch die häufigsten sind. Bezüglich der Pathogenese wird außer der hämatogenen auch die exogene angenommen. Bezüglich der verschiedenen pathogenetischen Mechanismen, scheint eine ausgesprochene Hautallergie gegen die verschiedenen mykotischen Antigene allen diesen gemeinsam zu sein. Die hämatogene Theorie der Trichophytide stützt sich nicht nur auf die klinische Beobachtung, sondern auch auf positiven Pilzbefund im zirkulierenden Blut (Ambrosoli, Jessner und Masia aus der Klinik Cappelli). E. Freund-Triest.

Digitized by Google

Zur Pathogenese und Therapie der Hautblastomykose, von E. Neuber und L. Röhlich-Debreczen. (Orv. Hetilap, 1924, Nr. 51.) Die Krankheit, welche mit Ausnahme des Gesichts den ganzen Körper befallen kann, breitet sich aus nicht nur per continuitatem; denn (die kranken Stellen waren verbunden) sie trat auch an entfernten Stellen auf. Sie ist nicht eine nur lokale Erkrankung der Haut, sondern ein allgemeiner infektiöser Prozeß, welcher mit Toxinen das Blut oder die Lymphe des ganzen Organismus durchströmt. Die Verff. haben die Abwehrstoffe des Serums untersucht. Eine Phogozytose kann nicht geschehen wegen des Mißverhältnisses der Größe der Blastomyzeten und Leukozyten. Die Agglutinationsversuche waren auch unausführbar. Zur Komplementfixation bereiteten die Verf. ein Antigen. Vergleich mit gesunden Seren gab schon in einer Konzentration von 0,05 ein positives Resultat. In dem Serum des Blastomyzetenkranken sind komplementbindende Stoffe. Daraufhin spezifische Impfungen, die Herdreaktion hervorriefen. Die Kontrollfälle zeigten eine kürzer dauernde Entzündung, und es war eine Abszeßbildung auf der Impfstelle nur bei den Kranken zu finden. Als das Antigen mit physiologischer Kochsalzlösung bereitet wurde, blieb die Abszeßbildung auch aus. Der Pat. wurde auf diese spezifische Behandlung hin in einigen Wochen geheilt. M. Porosz-Budapest.

Blastomycosis americana (Gilchrist), von E. Neuber-Debreczen. (Orv. Hetilap, 1924, Nr. 15.) Ein 53jähr. Mann erkrankte vor 5 Jahren an einem infiltrativen nachher exulzerierten Hautleiden am linken Knöchel, welches auf eine unbekannte Salbe in 8 Monaten heilte und in großen Intervallen rezidivierte, ohne irgend welche subjektive Symptome. Die Geschwüre vermehrten sich mit der Zeit und besäten den ganzen Körper mit Ausnahme des Gesichts. Bei der Aufnahme auf der Klinik waren Ulzera bis zur Größe eines Handtellers zu sehen. Außerdem waren hyperämische Flecke, Vesikulae, Pusteln und bis zur Subkutis reichende Knötchen zu sehen, welche auf einer Infiltration saßen. Die Bläschen platzten sehr rasch, ihr Inhalt (serös, blutiger Eiter) entleerte sich und gaben das Bild einer Kolliquationsnekrose (wie ein Gumma). Das Geschwür wird von einer lockeren, leicht blutenden Granulation begrenzt und von Krusten bedeckt. Später lösen sich die Krusten ab und lassen eine papilläre Wucherung sehen. Das Granulationsgewebe reicht bis zur Subkutis. Im Zentrum papillomatöse Wucherungen, welche die Hautoberfläche überragen und einer Tbc. verrucusa ähneln. Diese sind sehr locker, ohne Keratose, entleeren beständig eine Menge von gummiartiger Masse, von den in der Umgebung verborgenen Mikroabszessen. Die Narben sind livid und in der Mitte mit lange Zeit andauernden Papillomen, sind eingezogen, und an der Stelle der Mikroabszesse haben sie eingezogene kleine Vertiefungen. Beschreibung der exzidierten mikroskopisch untersuchten Gewebe. Bakteriologische Untersuchung gab nebst verschiedenen Bakterien Blastomyzeten. Reine Blastomyzetenkulturen waren von den Abszessen zu züchten, und nach Bemühungen gelang auch die Impfung auf den Kranken. Weil weder Jod noch Röntgen eine endgültige Heilung erzielen, will der Verf. eine autovakzinale Therapie versuchen. (6 Abbildungen.) M. Porosz-Budapest.

Sporotrichose (Sporotrichosis), von W. H. Guy und F. M. Jacob-Pittsburgh. (J. Am. m. Ass., 1924, Bd. 83, Nr. 21, S. 1663.) Von 1898 bis heute sind gegen 200 Krankheitsfälle dieser Art beschrieben worden. Bericht über vier neue Fälle, von denen der eine sich durch die ungewöhnliche Ausbreitung der Krankheitsherde über den ganzen Körper in Form subkutaner Abszesse auszeichnet. Im Laufe von 6 Jahren wurden auch Drüsen und Knochen befallen, es trat Verkrüppelung und Wachstumshemmung bei dem 8 jähr. Pat. ein. Bei einer Durchbohrung der Ohrläppchen wurden die 4 und 6 Jahre alten Geschwister des Pat. infiziert, so daß also hier ein einwandfreier Beweis humaner Infektion erbracht ist. Der 4. Fall betraf einen 30jähr. Mann. Klinisch nicht ganz geklärt. Diagnose erscheint durch mehrfache, positiv ausgefallene Kulturversuche gesichert. Heilung wurde durch Jodkali und Röntenbestrahlung erzielt. M. Gumpert-Berlin.

Akute exanthematische Infektionskrankheiten.

Über besondere Exantheme und Erytheme im Kindesalter, von C. Leiner. (Sonderbeil. d. W. kl. W., Jg. 38, H. 5.) Die Existenz der 4. Krankheit ist noch nicht einwandfrei festgestellt. Vielleicht identisch mit Rubeola scarlatinosa, wird sie erst durch eine Epidemie von Kindern, die bereits Scharlach und Röteln überstanden haben, sichergestellt werden können. Das Auslöschphänomen wird hierbei zur Unterscheidung beitragen. Die Existenz der 5. Krankheit ist außer Zweifel. Bekannter unter dem Namen-

Digitized by Google

Erythema infectiosum, tritt sie immer wieder in kleineren und größeren Epidemien auf. Symptome: Gedunsenheit und Röte der Wangen, mattrote Fleckelung der Streckseiten der Arme und der Gesäßgegend, die nach 2—3 Tagen verschwindet. Die Kontagiosität ist noch unsicher. Eine weitere, wenig bekannte Erkrankung ist das Exanthema subitum (Roseola infantum), eine ausgesprochene, nicht übertragbare Kinderkrankheit. Charakteristisch sind hier: plötzliche Temperaturen bis 39—40°, ohne stärkere Störung des Allgemeinbefindens; kritischer Abfall der Temperatur, gleichzeitig mit Ausbruch eines blaßroten Ausschlags wie bei leichten Masern. Die Ausbreitung erfolgt vom Stamm gegen die Extremitäten zu, Gesicht wenig oder gar nicht befallen. Keine Kopliks. Ausgesprochene Leukopenie. Zur Gruppe der sogenannten symptomatischen Erytheme gehört das vom Verf. beschriebene Erythema annulare, das für Endokarditis rheumatica geradezu pathognomonisch ist. Es erinnert an Cutis marmorata, tritt vorzugsweise am Stamm auf. Das bekannte Bild des Erythema nodosum will Verf. auf Grund neuerer Untersuchungen in Zusammenhang bringen mit einer tuberkulösen Erkrankung. Eine Reihe anderer Krankheiten ist von Hauteruptionen begleitet, so die Meningitis epidemica von einem an Flecktyphusexanthem erinnernden Ausschlag. Hierher gehört auch das scharlachähnliche Erythem, das bei den verschiedensten Erkrankungen wie Angina lacunaris, Grippe, Varizellen und Variola (als Rash) beobachtet wird. Dabei ist darauf zu achten; daß sich das scharlachähnliche Exanthem bei der Serumkrankheit schon häufig als echter Scharlach, ausgehend von der Einstichstelle der Seruminjektion, entpuppt hat. Auch hier ist das Auslöschphänomen von großer Wichtigkeit. Schließlich erwähnt Verf. noch das Erythema scarlatiniforme der französischen Autoren, ein dem Scharlach sehr ähnliches Krankheitsbild. Pathognomonisch für diese Erkrankung sind die Schuppung, die bereits auf der Höhe des Exanthems einsetzt, und die sich in unregelmäßigen Intervallen wiederholenden Rezidive. R. Ley-Kreuznach.

Zur Masernprophylaxe mittels Normal- bzw. Elternserum, von S. Wolff-Eisenach. (D. m. W., 1924, Nr. 45, S. 1545.) Verf. fordert, daß in der allgemeinen Praxis mehr als bisher Masernprophylaxe getrieben werden soll. An Stelle des von Degkwitz empfohlenen, jedoch schwer zu beschaffenden Rekonvaleszentenserums empfiehlt er die Verwendung von Elternserum. Ob man das Blut defibriniert oder gleich nach der Entnahme injiziert, ist gleichgültig. Beide Methoden sind erfolgreich. F. Harry-Wiesbaden.

Zweimalige Erkrankung an Masern, von Starck, Kinderkl. Wien. (W. kl. W., 1924, Nr. 52, S. 1325.) Den seltenen Fällen von zweimaliger Masernerkrankung fügt Verf. einen neuen Fall hinzu: 2jähr. Knabe erkrankt an typischen Masern mit starkem Exanthem und hohem Fieber; im Anschluß daran Bronchopneumonie. Zwei Jahre später abermals charakteristische Masern, ebenfalls ausgebildetes Exanthem und wiederum nachfolgende Bronchopneumonie. Weiterhin gibt der Verf. einen kurzen Bericht über einen Fall von Masern, bei dem nach jahrelanger scheinbarer Immunität die Infektion durch eine 3. Person erfolgte. R. Ley-Kreuznach.

Tagesgeschichtliche Nachrichten.

Die nächste Tagung mitteldeutscher Dermatologen findet am 7. Juni in Jena unter dem Vorsitz von Prof. B. Spiethoff statt.

Der III. Kongreß der Dermatologen französischer Zunge findet vom 25.—28. Juli 1925 in Brüssel statt. Themen: Tuberkulide; Herpes und Zoster; Purpuraformen; Reinfectio syphilitica; Endokrine Störungen bei hereditärer Syphilis; Lupustherapie.

Prof. Stühmer in Freiburg i. B. ist für die neubegründete dermatologische Lehrkanzel in Münster in Aussicht genommen.

Priv.-Doz. Dr. Schreus in Bonn wurde Oberarzt der dermatologischen Klinik der medizinischen Akademie in Düsseldorf.

Gestorben: Prof. Dr. Gustav Behrend in Berlin;
Dr. G. Ciarrocchi, leitender Arzt am Ospedale S. Gallicano in Rom;
Dr. Jaja in Bari. R.

Nachdruck (auch des Abschnittes „Tagesg. Nachr.") ist ohne Genehmigung des Verlegers nicht erlaubt.

Verantwortlich für die Redaktion: für Originalabhandlungen und T. N.: Prof. Dr. J. H. Rille, Leipzig. Für den Referatenteil: Dr. M. Unna, Hamburg-Bergedorf.

Digitized by Google

Dermatologische Wochenschrift

Nr. 22 (Bd. 80) 30. Mai 1925

Aus der Universitäts-Hautklinik in Kiel (Direktor: Prof. Klingmüller).

Beitrag zu den seltenen Mykosen: Über eine durch Akremonium verursachte Pilzerkrankung.

Von

Priv.-Doz. Dr. O. Grütz.

Mit 2 farbigen und 1 schwarzen Abbildung im Text.

Die meisten der bisher beschriebenen seltenen gummösen Mykosen bedürfen zu ihrem Zustandekommen besonderer günstiger Vorbedingungen, die mehr oder weniger Zufalls- und Gelegenheitsbedingungen sind. Dies erklärt, im Verein mit der großen Widerstandsfähigkeit des menschlichen Körpers gegen mykotische Erkrankungen und der meist sehr geringen Virulenz dieser Mikroorganismen, die große Seltenheit jener gummösen Erkrankungen, die man mit Sicherheit oder großer Wahrscheinlichkeit als durch Pilze verursacht ansehen kann. Wenn auch naturgemäß in Anbetracht des seltenen Vorkommens dieser Mykosen ihre Bedeutung für die Praxis gering ist, so erscheinen einschlägige Mitteilungen doch deshalb gerechtfertigt, weil wir über die pathogene Rolle der dabei als Erreger in Frage kommenden Pilzarten noch nicht allzuviel wissen. Auch die merkwürdigen klinischen Formen, die derartige Krankheitsbilder gelegentlich annehmen, ferner die Rücksicht auf die therapeutischen Schwierigkeiten, die sich sehr häufig ergeben, wenn die Pilznatur des Leidens nicht erkannt wird, machen die Mitteilung neuer Erfahrungen auf diesem Gebiete zu einer Pflicht des Beobachters. Einen für Deutschland bisher ganz neuen Befund dieser Art bedeutet unsere nachstehende Beobachtung.

Hans D., 59 Jahre, Schuhmacher, früher nie ernstlich krank, auch nie geschlechtskrank. Vor einem Vierteljahr ließ er sich von einem Zahnarzt einen kariösen unteren Molarzahn in Mandibularanästhesie extrahieren. Die nach der Infiltration zwecks Lokalanästhesie eintretende akute Schwellung der Wangenschleimhaut über dem linken Unterkieferast ging indessen in nächster Zeit niemals wieder ganz zurück, im Gegenteil, es entstand allmählich in den nächsten Wochen ohne besondere Schmerzhaftigkeit eine brettharte Schwellung der linken Halsseite unterhalb des betreffenden Unterkieferastes. Ziemlich plötzlich setzte dann innerhalb der letzten zwei Wochen eine umschriebene oberflächliche Erweichung innerhalb der infiltrierten Halspartie ein. Als der Pat. „Eiterung" bemerkte, suchte er die Klinik auf.

Befund: Kleiner untersetzter Mann, in mittlerem Ernährungszustande, von gesundem Aussehen. Innere Organe o. B., auch die Haut des gesamten Körpers weist keine Besonderheiten auf; nur in dem breitknochigen Gesicht fällt eine starke Rötung und Schwellung der linken Wange auf, die sich auf die linken seitlichen und unteren Halspartien fortsetzt. Vom Kinn bis etwa zum linken Ohrläppchen erstreckt sich eine intensive Rötung und brettharte Schwellung der Haut und der darunterliegenden Ge-

Digitized by Google

webe, die seitlich erst hinter dem Ohrläppchen, vorn und unten erst etwa zwei Querfinger oberhalb des Schlüsselbeins allmählich in das umgebende normale Gewebe übergeht. Unter dem harten Infiltrat sind Submaxillardrüsen nicht tastbar; unter den weichen Partien am Schlüsselbein, ferner am Nacken und in allen übrigen Regionen mit palpablen Drüsen sind Veränderungen derselben nicht feststellbar. Das Gebiß des Unterkiefers der kranken Seite weist mehrere Zahnlücken, im übrigen aber keine kariösen Zähne oder sonstige Zahn- oder Kiefererkrankungen auf. Dort, wo Infiltration und Schwellung am stärksten sind, etwa in der Mitte des Unterkieferastes, finden sich zwei kirschkern- und haselnußgroße umschriebene Erweichungsherde, von denen einer unmittelbar vor der Perforation steht und nur noch von einer dünnen Epitheldecke, durch die ein gelblicher Eiterherd hindurchschimmert, bedeckt ist. Nach Eröffnung der Epitheldecke quillt erst gelber, dann eigentümlich hämorrhagisch-viskoser Eiter hervor, der nicht die homogene Beschaffenheit vom Eiter banaler bakterieller Infektionen aufweist, vielmehr durch gewisse krümelige Bestandteile auffällt. Diese Beschaffenheit des Eiters, im Verein mit dem brettharten Infiltrat und der chronischen, schmerzlosen Entwicklung des Prozesses erweckte den Verdacht auf Aktinomykose. Die mikroskopische Untersuchung des Eiters ergab aber keine Drusen, sondern nur grampositive, teilweise auch gramnegativ gefärbte, feine fadenartige Organismen und einzelne kurze, stäbchenähnliche Gebilde, die nicht durchweg grampositiv sich färbten, sondern teilweise auch Farbstoff wieder abgaben und Übergänge zu gramnegativem Verhalten darboten. Es wurden mit dem Eiter Kulturen auf Agar, Blutagar, Bouillon, Traubenzuckerbouillon, Glyzerin-Traubenzucker-Peptonagar, Maltoseagar (nach Grütz [1]) angelegt und teils bei 37° bebrütet, teils bei Zimmertemperatur belassen. Wachstum trat nur ein auf den zuckerhaltigen Nährböden, die übrigen blieben steril. Anfangs war das Wachstum bei 37° besser als bei Zimmertemperatur, im Laufe längerer Fortzüchtung kehrte sich allmählich dieses Verhalten um; jetzt wächst der Pilz bei weitem besser bei Zimmertemperatur. Am besten bewachsen war der Maltoseagar, und zwar wuchsen darauf in Reinkultur zahlreiche Kolonien eines später näher beschriebenen Pilzes. Es wurde auch ein Meerschweinchen intraperitoneal mit 2 ccm Eiter geimpft; der Tierversuch verblieb aber innerhalb einer neunmonatigen Beobachtungsdauer negativ, das Tier ging dann interkurrent ein. Bei der Sektion fanden sich keinerlei Symptome einer mykotischen Infektion, auch keine Tuberkulose, sondern eine akute Pneumonie.

Die Behandlung des Pat. bestand darin, daß die eingeschmolzenen Herde von chirurgischer Seite breit eröffnet wurden, worauf sich eine größere Menge teils rein gelben, teils hämorrhagischen Eiters entleerte, der krümelige Beimengungen enthielt. Unter Tamponade mit Jodoformgaze heilte der Eiterungsprozeß in etwa 8—10 Tagen aus; die Wunde war nach dieser Zeit völlig geschlossen, auch das brettharte Infiltrat ging im Laufe von drei Wochen zurück bis auf eine haselnußgroße Verhärtung, dicht neben der Inzisionsnarbe und unterhalb der Mitte des Unterkieferastes gelegen, die, gut verschieblich und indolent, nur geringe Neigung zur Rückbildung zeigte. Wegen einer beabsichtigten Reise lehnt Pat. eine operative Entfernung dieses Infiltrates, die wir zwecks histologischer Untersuchung vornehmen wollten, ab.

Bei der Erkrankung ist ihre langsame und schmerzlose Entstehung, die brettharte Schwellung und schließlich zirkumskripte Erweichung, ferner das Fehlen von Drüsenbeteiligung bemerkenswert. Dadurch fällt das Krankheitsbild klinisch aus dem Rahmen der chronischen bakteriellen Infektionen, insbesondere der Tuberkulose und Lues heraus, so daß von Anfang an der Verdacht einer Mykose gefaßt wurde und zwar zunächst, im Hinblick auf das brettharte Infiltrat, einer Aktinomykose. Der mikroskopische Befund im frischen und in gefärbten Ausstrichen untersuchten Eiter entsprach dieser Vermutung nicht ganz, da wohl Myzelien, aber keine typischen Aktinomyzesdrusen nachgewiesen werden konnten. Die Kulturen ergaben indessen einen sehr eigenartigen Mikroorganismus, dessen Bestimmung erst nach sehr großen Schwierigkeiten gelang, da er seinesgleichen in der deutschen medizinischen Literatur bisher nicht hat und auch mit den im Ausland gefundenen Erregern von Mykosen nicht ohne weiteres zu identifizieren ist.

Digitized by Google

Seine kulturellen Wachstumsmerkmale sind folgende. Auf Maltoseagar (nach Sabouraud oder nach Grütz) entstehen, bei Zimmertemperatur besser als im Brutschrank, nach 3—5 Tagen zarte graue, runde Kolonien mit feinen Randstrahlen, die innerhalb von 3—4 Wochen unter allmählicher Annahme einer rötlich-haselnußbraunen Verfärbung zu einer vielfach gefalteten, zentral zerebriform gewulsteten, am Rande mehr radiär gefurchten, im Durchmesser $1^1/_2$—2 cm großen Kolonie auswachsen, deren Oberfläche matt glänzend aussieht und deren äußerster Rand in einen feinen Strahlenkranz ausläuft. Die Konsistenz der Kulturmasse ist ziemlich weich und mit Platinspatel leicht zerreißbar; sie haftet auch dem Nährboden nur ziemlich locker an. Das Aussehen der Kulturen auf Sabourauds Milieu d'épreuve, auf dem deutschen Maltoseagar nach Grütz (1) und auf 4%igen Glyzerinkartoffeln ist annähernd identisch (siehe Abb. 1); am charakteristischsten und üppigsten gedeiht der Pilz auf Maltoseagar nach Grütz (1) (siehe Abb. 1b). Auf 4%igen Glyzerinkartoffeln wachsen aus etwa 3—4 Wochen alten Kulturen häufig feine grauweiße, leicht gewundene oder gerade nach oben ragende haarartige Fäden heraus (Abb. 1c, obere Kolonie).

Mit etwa sechs Wochen überwachsen schließlich die Kulturen die ganze Nährbodenoberfläche, und nach Erreichung der seitlichen Glaswände rankt sich der Pilz an diesen weiter, so daß man dann direkt durch die Glaswand hindurch unter dem Mikroskop die eigenartigen Wachstumsverhältnisse ausgezeichnet beobachten kann.

Ältere (etwa 7—8 Wochen alte) Kulturen auf zuckerhaltigen Nährböden bilden in den trockenen oberen Teilen des Röhrchens oft ziemlich reichlich weiße kurze, stachlige, rauhreifähnliche Auswüchse auf der Oberfläche der Kolonien, vorwiegend in ihrem Zentrum. Auf etwa drei Monate alten Kolonien entsteht öfter vom Zentrum aus ein feiner weißer, pleomorpher Flaum, der sich allmählich nach der Peripherie zu ausbreitet, aber niemals so dicht wird, daß die charakteristische Form der Kolonie darunter verschwände. 4%ige Glyzerinkartoffeln bewahren das anfängliche Aussehen der Kulturen am längsten uud relativ unverändertsten auf, so daß dieser Nährboden sich besonders gut für die Fortzüchtung des Pilzes eignet.

Auf zuckerfreiem Peptonagar (Milieu de conservation von Sabouraud oder dem entsprechenden Nährboden von Grütz [1]) wächst der Pilz sehr viel spärlicher als runzelig-häutiger Belag von dunkelbrauner Farbe mit sehr geringem Tiefenwachstum und sehr schmalem, strahligem Randsaum.

Auch auf gewöhnlichem Nähragar gedeiht der Pilz, aber noch spärlicher und uncharakteristischer als auf Milieu de conservation.

Auf Maltosebouillon, bereitet entsprechend Milieu d'épreuve oder der Vorschrift von Grütz (1), bildet er zunächst an der Oberfläche an der Glaswand, aber teilweise auch frei in der Flüssigkeit flottierend, hellbräunliche Flocken, die schließlich an der Oberfläche zu einer dicken, haselnußfarbenen bis kaffeebraunen Membran zusammenwachsen. Manchmal sinkt die Oberflächenhaut zu Boden, und es entsteht dann oben eine neue. Die Bouillon bleibt klar, färbt sich aber mit zunehmendem Alter der Kultur goldbraun bis dunkelbraun. Auch auf gewöhnlicher Nährbouillon erfolgt Wachstum in ähnlicher Weise, aber weniger und langsamer als auf Zuckerbouillon.

Digitized by Google

In Nährgelatinestichkultur sehr üppiges Wachstum auf der Oberfläche als braune, gewulstete Masse, aber keines in der Tiefe, wie sich denn überhaupt in zahlreichen Prüfungen der Pilz als ein strenger Aërobier erwies. Von der Oberfläche her erfolgt nach etwa 10 Tagen Verflüssigung der Gelatine; nach etwa 2—4 Wochen ist die Gelatine bis zum Boden hinunter flüssig geworden. Gleichzeitig diffundiert von oben her ein goldbrauner Farbstoff in die Gelatine hinein. In 4%iger Traubenzuckergelatine (Stich) erfolgt an der Oberfläche ebenfalls üppiges Wachstum, aber selbst nach länger als sechs Wochen keine intensive Verflüssigung wie auf Nährgelatine, sondern nur oben geringe Erweichung, auch die Farbstoffbildung und Diffusion desselben in den Nährboden hinein ist eine viel geringere.

Die Fähigkeit des Pilzes auf Zuckervergärung wurde in Gärungsröhrchen gegen folgende Zuckerarten in 1%igen Lösungen, denen 0,5% Pepton Knoll und 0,5% NaCl zugesetzt war, untersucht: Mannit, Maltose, Dextrose, Lävulose, Laktose, Galaktose, Gasbildung wurde nirgends beobachtet, dagegen bei Maltose und Laktose anscheinend eine Verminderung des Säuregehaltes des Nährsubstrates, die noch weiteren genaueren Messungen unterzogen werden soll.

Wichtiger als die makroskopischen Wachstumsmerkmale des Pilzes sind seine mikroskopischen Wuchsformen. Diese lassen sich entweder durch die Glaswand der Reagenzröhrchen hindurch, auf der der Pilz emporwächst, direkt beobachten, oder noch besser auf trockenen Objektträgerkulturen, die nach der von Gougerot angegebenen Methode angefertigt werden: je zwei aufeinandergelegte sterile Objektträger werden mit zwei weiteren ebensolchen Paaren an ihren Längskanten in Prismenform miteinander verbunden und dieses Prisma mit der schmalen Kante in eine mit entsprechender Furchung versehene runde Korkscheibe gesteckt; Kork mit Objektträgern kommen in ein Borrelsches Röhrchen oder einen Meßzylinder von etwas größerem Durchmesser als die Korkscheibe. In dieses Gefäß ist so viel Maltosebouillon hineinzutun, daß der Kork etwa 1 cm tief darin untertaucht. Durch vorsichtiges Neigen des Gefäßes werden die Oberflächen der Objektträger eine Strecke weit mit der Nährflüssigkeit benetzt, alsdann mit Platinöse kleine Partikelchen der Pilzkultur auf die freien Oberflächen der Objektträger übertragen. Das mit Wattebausch gut verschlossene Gefäß wird zum Wachstum am besten auf den Brutschrank gestellt. Man hat bei dieser Methode die Möglichkeit, der Reihe nach nach 3, 6, 9, 12, 15, 18 Tagen oder in beliebigen anderen Zwischenräumen je einen Objektträger zu entnehmen und die Entwicklung des Pilzes in allen Altersstadien bequem zu verfolgen. Daneben empfiehlt sich auch Anlage von hängenden Tropfenkulturen in der Böttcherschen Kammer. Bei dieser Beobachtungsmethode stellen sich die mikroskopischen Wachstumsverhältnisse, die in Abb. 2 und 3 wiedergegeben sind, folgendermaßen dar.

Die ovalen, elliptischen oder bohnenförmigen Sporen (Abb. 2_1), die in jeder älteren Kultur in Massen vorhanden sind, quellen im hängenden Tropfen (Maltosebouillon nach Grütz) innerhalb von 1—2—3 Tagen zu runden, 2—3mal so großen und noch größeren Gebilden auf (Abb. 2_2). die in ihrem Protoplasma vielfach kleine körnchenartige Einschlüsse von

Digitized by Google

Abb. 1.
a) $3^1/_2$ Wochen alte Kultur auf Maltoseagar nach Sabouraud. b) 4 Wochen alte Kultur auf Malzagar nach Grütz. c) $3^1/_2$ Wochen alte Kultur auf 4%iger Glyzerinkartoffel.

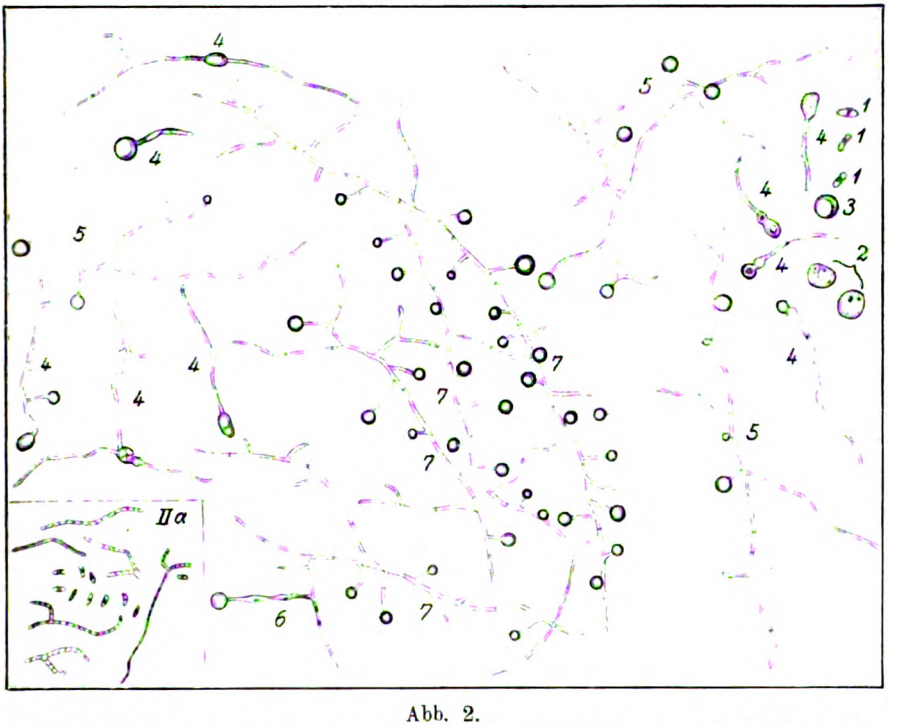


Abb. 2.
1—5 Wachstumsformen im hängenden Tropfen, 6 und 7 auf trockener Objektträgerkultur (Zeiß-Obj. D, Okular 4). IIa aus der Mitte einer 7 Wochen alten Maltoseagarkultur (Zeiß-Obj. D, Okular 2).

Digitized by Google

unregelmäßiger Gestalt, manchmal auch eine mehr oder minder große Vakuole enthalten (siehe Abb. 2_3). Aus den so gequollenen Sporen sprossen vom 2.—3. Tage ab, nach einer, zwei oder drei Richtungen (Abb. 2_4) Myzelien hervor, die sich innerhalb der nächsten Tage zu größeren, unregelmäßig septierten, manchmal auch auf längere Strecken unseptierten Hyphen auswachsen, von denen meist im rechten, seltener im spitzen Winkel nach allen Richtungen in unregelmäßigen Abständen kurze, in der Länge häufig differierende Seitenäste abzweigen (Abb. 2_5). Am Ende dieser Abzweigungen entstehen häufig schon am 5.—8. Tage, meist erst später, bei Betrachtung im lebenden ungefärbten Präparat bzw. bei Untersuchung der trockenen Objektträgerkulturen runde, kugelig er-

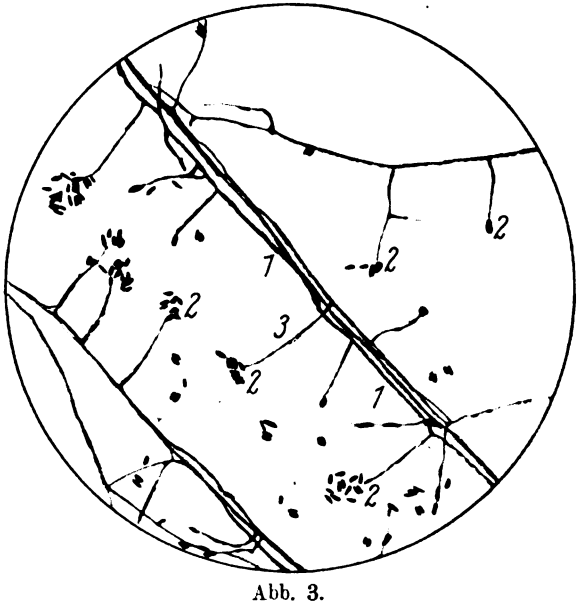


Abb. 3.
Gramfärbung einer 14 Tage alten trockenen Objektträgerkultur (Zeiß-Obj. D, Okular 2).

scheinende Sporen vonetwas ungleicher Größe. Ihre Oberfläche ist glatt, glänzend, ihr Inhalt glasig-transparent; die Größenunterschiede der Sporen und die Kugelform scheinen durch Wasseraufnahmefähigkeit bedingt zu sein, denn in mit Alkohol oder Carnoyscher Lösung fixierten und dann gefärbten Trockenpräparaten sind sowohl Kugelform wie Größenunterschiede verschwunden und die endständigen Sporen nur als regelmäßige ovale oder elliptische Gebilde sichtbar (siehe Abb. 3). Die Seitenäste, Konidiophoren, auf denen die Sporen aufsitzen, sind ebenso dick oder auch dünner wie der Hauptmyzelstamm, von dem sie ausgehen; sie haben im allgemeinen einen gleichmäßigen Durchmesser, nur selten finden sich stellenweise geringere Verbreiterungen in den Seitenästen (Abb. 2_6). In älteren Kulturen, auf trockenen Objektträgern sowohl wie auf der Glaswand von Reagenzglaskulturen, entwickeln sich lange Ranken derartiger

Digitized by Google

von fruktifizierenden Konidienträgern umgebener Myzelien (Abb. 2_7). Die Pilzhyphen bilden häufig Koremien (Abb. 3_1). Fixiert und färbt man die Objektträgerkultur nach Gram, so brechen durch die Insulte der Färbungsprozedur die aufrechten Konidienträger bzw. die Sporen ab und fallen herunter. Im übrigen kann man im gefärbten Präparat besser als im ungefärbten beobachten, daß offenbar die endständigen Sporen, wenn sie reif sind, sich ablösen, worauf sogleich am Ende des Sporenträgers sich eine neue Spore bildet. Durch irgend eine Adhäsionswirkung, vielleicht infolge klebriger oder feuchter Oberflächenbeschaffenheit, bleiben die Sporen dann vielfach nebeneinander liegen, so daß man neben Sporenträgern mit nur einer endständigen Spore solche sieht, bei deren Ende zwei, drei oder schließlich sogar Häufchen von zahlreichen Sporen zusammenliegen bzw. so um einen Konidienträger verteilt liegen, daß ihre gemeinsame Entstehung aus demselben nicht zweifelhaft sein kann (siehe Abb. 3_2). Während die Sporen sich intensiv grampositiv färben, bleibt das Myzel gramnegativ (Abb. 3). Im Myzel der Konidienträger sieht man gelegentlich inmitten des rot gefärbten Pilzfadens blaugefärbte Protoplasmaverdichtungen, in denen man, wie etwa bei 3_8 in der Abbildung zu sehen ist, offenbar die Anlage zu neuen Sporen vor sich hat, die nach Abstoßung der reifen Endsporen dann weiter ausreifen. Aber auch ohne daß derartige Sporenanlagen oder Vorstadien nachweisbar wären, entstehen am Ende der Konidienträger — nach Abfall der reifen — neue Sporen. Die Sporenproduktion ist eine sehr lebhafte; in etwa drei Wochen alten Objektträgerkulturen liegen sie schließlich in Massen zwischen den dann vielfach degenerierten bzw. zerfallenden Myzelien, und die Art ihrer Entstehung ist dann häufig nicht mehr erkennbar.

Untersucht man Material aus der Mitte mehrerer Wochen alter Kulturen (siehe Abb. 2a), so sieht man, daß neben unseptierten und mit hyalinem, teilweise auch körnigem Plasma erfüllten Hyphen zahlreiche Myzelien mit sehr dichter und regelmäßiger Septierung vorhanden sind, die schließlich in kurzstäbchen- oder bohnenförmige, in der Mitte oft durch eine Zwischenwand geteilte Gebilde zerfallen. Alte Kulturen bestehen in der Hauptmasse aus Konidien, während Myzelien relativ spärlicher vertreten sind. Im Grampräparat sind diese Konidien aus der Mitte alter Kulturen ebenfalls grampositiv, vielfach von einem schmalen, hellroten Saum umgeben, während das Myzel gramnegativ ist und blasige Aufhellungen im Plasma, vielfach auch (degenerative?) kolbige Aufquellungen zeigt. Bringt man dieses Sporenmaterial auf trockene Objektträgerkulturen oder in hängende Tropfenkultur, so keimen sie in der früher beschriebenen Weise zu Myzelien mit Konidienträgern und endständigen Ektosporenbildung aus. Die Maße der verschiedenen Pilzelemente sind folgende: Das Myzel ist 2—2,5 μ breit, die Konidienträger sind 1,25—2,5 μ breit und variieren in der Länge zwischen 5—25 μ. Die Ektokonidien haben Durchmesser von 2,5—6,25 μ. Die Konidien aus dem Zentrum älterer Kulturen messen in der Breite 1,25—2,0 μ und in der Länge 2,5—5 μ. Alle Maße sind direkt gemessen an frischem unfixiertem Kulturmaterial.

Nach seinen mikroskopischen Wachstumseigentümlichkeiten möchte ich den Pilz zur Gattung Akremonium rechnen, von der bereits einige

Digitized by Google

Arten als pathogen erkannt worden sind. Der erste Befund dieser Art stammt bekanntlich von Potron und Noisette (2); er betraf einen 50jährigen Patienten, der unter schweren typhösen Allgemeinerscheinungen an schmerzlosen gummösen, über den ganzen Körper disseminierten, subkutanen Knotenbildungen erkrankte, die teils sich zurückbildeten, teils erweichten und exulzerierten; gleichzeitig bestand eine Kniegelenksentzündung und Soor der Mundhöhle. Aus dem Kniegelenkseiter und dem Soorbelag des Rachens wurde ein Pilz herausgezüchtet, der als Acremonium (Potroni) bestimmt wurde und mit dem unser Pilz die Bildung von Koremien und endständigen Sporen auf kurzen Konidienträgern gemeinsam hat. Der Konidienträger bei Acremonium Potroni unterscheidet sich aber durch eine eigenartige flaschenartige Verdickung von dem in der Regel schlanken Konidienträger unseres Pilzes und der anderen bisher bekannten Akremoniumarten, eine Eigentümlichkeit, die (nach Vuillemin [9]) wohl für Acremonium Potroni charakteristisch sein mag, die aber, wie wir hier betonen müssen, kein obligates Merkmal der Gattung Akremonium und auch bei den anderen bisher bekannten pathogenen Akremoniumarten nicht vorhanden ist. Nach Lindau (in Rabenhorsts Kryptogamenflora 1, Pilze, Bd. 8, S. 186) gehört Akremonium zu den Botrytideae und ist durch folgende Merkmale charakterisiert: „Hyphen rasenbildend, verzweigt, septiert, kriechend, nur Seitenzweige entsendend, die als Konidienträger dienen und sich aufrichten. Konidien an den Trägern einzeln, an der Spitze gebildet, hyalin oder lebhaft gefärbt, meist eiförmig, klein. Die Gattung unterscheidet sich von Sporotrichum durch die sich aufrichtenden unverzweigten Seitenäste, die an der Spitze nur eine einzige Konidie bilden. (Der Name kommt von ἀκρός = oben und μόνος = allein, wegen der Form der Sporenbildung.)“

Das Fehlen der flaschenähnlichen Form der Konidienträger bei unserem Pilz ist also kein Grund, um seine Verwandtschaft mit Acremonium Potroni zu bestreiten, die besonders augenfällig wird, wenn man etwa unsere Abb. 3 mit dem Bilde des Acremonium Potroni in Brumpt, Précis de Parasitologie (III. Aufl., 1922), S. 1124 vergleicht.

Die pathogene Rolle des von Potron und Noisette bei ihrem Krankheitsbild gefundenen Pilzes ist nicht über jeden Zweifel erhaben, da der Pilz nicht in Reinkultur und auch nicht in allen Läsionen nachgewiesen wurde; z. B. gelang der Nachweis aus den zahlreichen gummösen Knoten der Haut nicht, so daß Plaut (4) die Auffassung vertritt, daß der Pilz nicht der primäre Krankheitserreger gewesen sei; vielmehr hätte der Patient ursprünglich an einem Typhus oder Paratyphus gelitten und sekundär Soor erworben, neben dem zufällig noch ein Akremonium vorhanden gewesen sei, dem durch die Soormyzelien ein Weg in die Blutbahn gebahnt wurde.

Ebenso kann man bei einem von Berti aus einem gummösen Prozeß am Fuß eines 19jährigen Mädchens gezüchteten, von Pollacci (5) näher studierten und von ihm Acremoniella Berti benannten Pilz Zweifel daran hegen, ob dieser Mikroorganismus ätiologisch dabei eine Rolle gespielt hat, da er nicht in Reinkultur, sondern gemeinsam mit einem Penizillium herausgezüchtet wurde.

Demgegenüber ist hervorzuheben, daß der von uns gewonnene Pilz in Reinkultur ohne jede Beimengung aus einer Affektion gezüchtet wurde,

Digitized by Google

die auch in ihrem klinischen Verlauf die Merkmale einer Mykose an sich trägt. Wir möchten auf dieses Moment um so größeres Gewicht legen, als bekanntlich auch die experimentelle Pathogenitätsprüfung die Frage nach der ätiologischen Bedeutung gefundener pilzlicher Erreger sehr häufig nicht zu klären vermag. Unser Pilz wurde auf Pathogenität geprüft durch intravenöse Verimpfung von reichlichen Mengen Kulturemulsion auf zwei Kaninchen, intraperitoneale Injektion bei vier jungen männlichen Meerschweinchen und zwei männlichen weißen Ratten und schließlich noch durch intrakardiale Impfung von zwei Meerschweinchen. Bei einer i. p. geimpften Ratte trat etwa sechs Wochen nach der Infektion eine geringe einseitige Hodenschwellung auf; der betreffende Hoden wurde 14 Tage später operativ entfernt und kulturell und histologisch genau untersucht. Der Befund war völlig negativ. Die Ratte wurde noch acht Monate weiter beobachtet und blieb immer gesund. In einem anderen Versuch war die Injektionsdosis so gesteigert worden, daß die Ratte etwa eine ganze Maltoseagarkultur, zu einer Emulsion verrieben, i. p. injiziert bekam; das Tier ging zwei Tage später ein. Die Sektion ergab eine Hyperämie des Peritoneums und der Darmserosa sowie eine geringe Menge serösen Exsudats in der Bauchhöhle, so daß wohl die Möglichkeit einer gewissen toxischen Wirkung, die von der Masse des infizierten Materials ausging, vorliegt. Die Retrokultur war negativ, an den Viszeralorganen sonst keine Anzeichen einer mykotischen Infektion. Von den zwei intrakardial infizierten Meerschweinchen starb eines unmittelbar nach der Injektion an embolischen Erscheinungen, das andere blieb bei monatelanger Beobachtung gesund.

Obwohl im Tierversuch unsere Mykose nicht reproduzierbar war und uns auch serologische Beweise wie Agglutination oder Komplementbindung leider fehlen — da der Patient, als alle Vorbereitungen zur Anstellung dieser Reaktionen getroffen waren, nachher nicht wieder erschien —, muß nach den näheren Umständen des Falles doch angenommen werden, daß es sich um eine von der Mundhöhle aus im Anschluß an die Infiltrationsanästhesie zustande gekommene mykotische Gelegenheitsinfektion handelt.

Übrigens sind in den Tropen von Fontoynont (7) und Boucher (7, 8) Pilze, die zur Gattung Akremonium gehören, einige Male in Reinkultur aus geschlossenen gummösen und papulösen Hautaffektionen gezüchtet worden. Die dort gefundenen Arten Acremonium niveum und Acremonium Muthuoni unterscheiden sich aber durch das Aussehen ihrer Kulturen von unserem Pilz, der dagegen eine auffallende Ähnlichkeit mit zwei jüngst von dem italienischen Botaniker Pollacci näher studierten, aus menschlichen Affektionen stammenden Akremoniella-Arten hat. Die Gattung Akremoniella, die wegen des Pigmentgehaltes der Hyphen bzw. Sporen zu den Dematiaceae gerechnet wird, entspricht nach ihren Wachstumsmerkmalen fast genau der Gattung Akremonium, die wegen der hyalinen, relativ ungefärbten Pilzelemente zu den Mucedineae gestellt wird. Es kann hier natürlich nicht erörtert werden, inwieweit sich die Auseinanderreißung dieser einander so ähnlichen Pilze zu den Mucedineae einerseits und den Dematiaceae andererseits rechtfertigen läßt. Es soll hier nur die Ähnlichkeit aller dieser Pilze untereinander hervorgehoben

Digitized by Google

und im besonderen auf die Ähnlichkeit unseres Erregers mit der Acromoniella Berti (gewonnen — allerdings nicht in Reinkultur — aus einem granulomatösen Beintumor) und mit Acremoniella Perinii (gewonnen aus Sputum einer lungenkranken Frau) hingewiesen werden. Aus den von Pollacci (5, 6) seinen Publikationen beigegebenen Abbildungen ist im Vergleich mit den unsrigen zu entnehmen, daß die mikroskopischen Wachstumsformen einander weitgehend ähneln und nur kleine Unterschiede vorhanden sind, wie etwa die granulierte bzw. „stachlige" Oberfläche der Sporen bei Acremoniella Perinii gegenüber der glatten bei Acremoniella Berti und unserem Pilz. Im übrigen sei bemerkt, daß der von uns gewonnene Pilz, dem wir die vorläufige Bezeichnung Acremonium Kiliense (Grütz) beilegen, wie viele Hyphomyzeten bei lediglich künstlicher Fortzüchtung sein (4) anfängliches Aussehen auf Kulturen nicht ganz konstant beibehalten, sondern im Laufe einer bisher $1^1/_2$jährigen Fortzüchtung seine im Anfang rötlich-haselnußbraune Färbung verloren und ein dunkleres Braun angenommen hat.

Sollten von anderer Seite überzeugende Gründe dafür beigebracht werden können, daß der von uns gefundene Pilz mit einer der bisher beschriebenen Akremonium- oder Akremoniella-Arten identisch, oder daß er botanisch anders zu klassifizieren ist, so würde unsere provisorische Bezeichnung natürlich ohne Widerspruch aufgegeben und der richtigeren der Vorrang gegeben werden.

Literatur.

1. Grütz, Beiträge zur Kultur der Dermatophyt. und ihrer Artunterschiede mittels deutscher Pilznährböden. Derm. W., 1923, Nr. 26a, S. 568. — 2. Potron et Noisette, Un cas de Mycose. Revue médicale de l'Est, 1911. — 3. Brumpt, Précis de Parasitologie, 1922, 3. Aufl. — 4. Plaut, Mykosen in Kraus-Brugsch: Spezielle Pathologie und Therapie innerer Krankheiten. — 5. Pollacci, Miceti del corpo umano e degli animali. Nota prima Milara 1921 (Turati-Lombardi). — 6. Pollacci, Miceti del corpo umano e degli animali. Nota terra, Rivista di biologia, Vol. V, Fasc. III. — 7. Fontoynant et Boucher, Ann. de Derm. et de Syph., 1923. — 8. Boucher, Bull. de soc. de Pathol. exotique, 1918. — 9. Vuillemin, Les Conidiosporés (1911).

Aus der Abteilung für Hautkranke der Charité-Poliklinik Budapest (Chefarzt: königl. Rat Dr. Josef Sellei).

Über das Jucken.

Von

Dr. Josef Sellei.

Entgegen der früher, besonders von Physiologen (Thöle, Frey u. a.) betonten Ansicht, daß das Jucken aus der Erregung der das Druck- oder Schmerzgefühl (St. Rothman) leitenden Nerven entsteht[1]), stellte Unna die Behauptung auf, daß sich das Jucken aus dem Reiz der freien Nervenendigungen der Hautkapillaren herleitet[2]), dagegen das Schmerzgefühl in

[1]) Siehe auch K. Felix und M. Frey, Zschr. f. Biol., 1923. — M. Frey, Zschr. f. Biol., 1923. — S. Rothmann, Arch. f. Derm., 1922. — [2]) Unna, Kriegsaphorismen. B. kl. W., 1916.

Digitized by Google

der Haut von diesem Gefühl ganz unabhängig und ganz anderswo, nämlich in den freien Nervenendigungen des Stratum spinosum und Corpus papillare entsteht. Danach vermitteln eigentlich die zum autonomen Nervensystem gehörenden kapillaren Nerven und nicht die zerebrospinalen, d. h. sensibeln Nervenendigungen das Jucken, welcher Auffassung neuestens auch Kroner (Kl. W., 1924, Nr. 9) beipflichtet, der dafür hält, daß die vegetativen Nerven die das Jucken vermittelnden Nerven wären, womit er aber nur die Unnasche Anschauung hinsichtlich des Erregung der freien Nervenendigungen der Hautkapillaren erweitert. Ehe ich mich mit dieser Theorie eingehend befasse, müssen wir eigentlich die Frage beantworten: 1. was verursacht das Jucken, 2. wie kommt es zustande?

Ursache des Juckens. Am wahrscheinlichsten ist, daß das Jucken meist durch irgend ein toxisches Mittel verursacht wird, das innerlich oder äußerlich auf die Haut wirken kann. Der unmittelbare Reiz einzelner, durch pflanzliche oder tierische Parasiten entstehender Stoffe erklärt im allgemeinen gut das durch äußere Ursachen entstehende Jucken. Aber auch ohne direkte toxische Ursache, so nach Alteration der Epidermis, kann Jucken entstehen, z. B. bei Schuppung, die nach Abklingen irgend eines entzündlichen Vorganges eintritt, oder bei durch Hautpilze verursachten Vorgängen, die in kleinerem Grad zur Lockerung des Epithels führen und Parakeratose verursachen. Von den internen Ursachen sind zu erwähnen: einzelne Arzneien und Alkaloide (Morphium, Nikotin, Kokain), Autointoxikationen (Magen-Darmkatarrh, Gravidität, Menstruationsstörungen), Stoffwechselstörungen (Diabetes, Ikterus, Harnsäure-Diathese, Nephritis, Urämie). Hierher gehören auch die von Verdauungsstörungen stammenden, aus Resorptionsprodukten stammenden Urtikarien (Urticaria ex ingestis), Strophulus, Prurigo (Prurigo diathésique, der Strophulus der Erwachsenen), weiter die infolge der Dysfunktion der endokrinen Drüsen entstehenden Stoffwechselstörungen bzw. die durch die Resorption der aus dieser stammenden toxischen Stoffe entstehenden Pruritusse, z. B. bei der Veränderung des Ovariums (zur Zeit des Klimakteriums), oder die aus der Dysfunktion der Hoden, Thyreoidea usw. entstehenden Pruritusse. Auch manche Ekzeme werden von inneren toxischen Stoffen ausgelöst und aufrechterhalten gleichwie die Neurodermie (der Lichen Vidal).

Eine kurze tabellarische Übersicht der wichtigsten inneren Ursachen des Pruritus ist demnach die folgende:

a) Medikamente, Alkaloide, wie z. B. Morphin, Nikotin, Kokain;
b) Autointoxikationen, Autotoxikosen, diese werden verursacht durch:
   α) Magen-Darmkatarrh (damit stehen in Zusammenhang, oftmals jedoch unabhängig von Katarrhen, die Resorption von aus Eiweißderivaten, Fetten, Fettsäuren, Kohlehydraten stammenden und den Derivaten dieser Stoffe),
   β) Leberkrankheiten (Hepatitis, Ikterus, Tumoren der Leber; außerdem Vermehrung des Cholesterins, Urobilinämie),
   γ) Nierenkrankheiten (Nephritis chron.),
   δ) Krankheiten (und Tumoren) des Uterus und der Ovarien,
   ε) Gravidität, Menstruationsstörungen,
   η) Tuberkulose der inneren Organe;
c) Stoffwechselstörungen:
   α) Diabetes (Vermehrung des Blutzuckers, Hyperglykämie),
   β) Harnsäurediathese (Hyperurikämie),

Digitized by Google

γ) Urämie (damit in Verbindung zeigt die chemische Blutanalyse abweichende Befunde im Blute: Vermehrung oder Verminderung des Ca, Vermehrung des Zuckers [Cholesterin], Vermehrung von Harnsäure, Reststickstoff);

d) Dysfunktion der Endokrindrüsen:
α) Ovarium (Dysmenorrhoe, Klimakterium),
β) Hoden und Nebenhoden,
γ) Threoidea (Thymus),
δ) Polyglanduläre Insuffizienz (damit in Verbindung die funktionellen Ausfallserscheinungen im vegetativen Nervensystem; mit dem vegetativen Nervensystem im Zusammenhang stehenden Erscheinungen [Hypertonie, Pulay]);

e) Erkrankungen des Zentralnervensystems:
α) Tabes, Paralysis (oftmals als prämonitorisches Symptom),
β) Nervenkrankheiten (als Begleiterscheinung),
γ) Psychogener Pruritus;

f) Nach früheren juckenden Hauterkrankungen auftretender Pruritus, z. B. nach Skabies (Mnemodermie [Jacquet]). Möglicherweise durch die im Blutkreislauf kreisende toxische Stoffe der früheren Krankheit hervorgerufen.

Von den öfters vorkommenden nichtparasitären Hautkrankheiten pflegen außer den schon erwähnten Hautkrankheiten noch der Lichen ruber, dann einzelne Formen der Psoriasis zu jucken. Von den selteneren verursachen die mit der Erkrankung der blutbildenden Organe zusammenhängenden Hautkrankheiten, wie Leucaemia und Pseudoleucaemia cutis, die Sternbergsche Lymphogranulomatose, weiter die Lymphodermia perniciosa, das sogenannte prämykotische Stadium der Mycosis fungoides, die Dermatitis herpetiformis Duhring, die Hebrasche Pityriasis rubra ein hochgradiges Jucken. Die genaue Ursache der am meisten aufgezählten Erkrankungen kennen wir noch nicht. Auf Grund klinischer Erfahrungen scheint die Behauptung jedenfalls gerechtfertigt zu sein, daß am öftesten der direkte Reiz irgend eines toxischen Stoffes das Jucken verursacht[1]).

Auch der Pruritus senilis entsteht wahrscheinlich durch Resorption toxischer Stoffe, außerdem beschuldigt man aber auch die Involution der Haut, die Störungen des Mineralstoffwechsels. Der Pruritus hiemalis et aestivalis, der Bazinsche Pruritus ex calore fällt schon unter eine andere Beurteilung. Hier löst wahrscheinlich die Wärmewirkung auf die sensiblen Hautnerven das Jucken aus.

Doch können auch mehrere Ursachen zusammen Jucken hervorrufen, und schon Jacquet spricht von einer „prurigenen Summation", also von einem Zusammenwirken mehrerer Ursachen.

Auf welche Art das Jucken bei chronischen juckenden Hautkrankheiten zustande kommt, welcher Mechanismus sich da im Organismus vollzieht, kann mit Bestimmtheit noch nicht entschieden werden. Daß aber die juckenden urtikariogenen Stoffe selbst im Organismus entstehen, das beweisen auch die Versuche, die ich an Patienten mit dem Serum von Urtikaria (ex ing.) ausführte. Wenn man bei starker Urtikariaeruption aus dem mittels Venaepunktion abgelassenen Blut nach 15—20 Minuten das Serum abzentrifugiert und dies auf eine urtikafreie Stelle desselben Individuums intrakutan injiziert, erhält man zwar eine

[1]) Wie lange solche Reize juckerregend wirken können, zeigen Versuche mit Quarzlicht. Schon wenn das Erythem geschwunden ist und eine leichte Pigmentation zurückgeblieben ist, tritt ab und zu heftiges Jucken auf der belichteten Stelle auf.

Digitized by Google

kleine Quaddel, die sich jedoch von der beim selben Individuum nach destilliertem Wasser injizierten Quaddel in nichts unterscheidet, nachdem diese eigentlich nur die Folge der Schwellungswirkung des Serums als Flüssigkeit auf das Gewebe und keine lymphagoge Reaktion ist, für die wir im Grunde die Quaddel halten. Wir können uns davon auch dann überzeugen, wenn wir (nach den Regeln der Sellei-Fenyöschen Dermoreaktion[1])) auf dem Wege der Ionisation das Serum an einer intakten Stelle der Haut einführen; es bilden sich da kleine, sogenannte „follikuläre" Quaddeln auf geröteter Basis, doch bilden sich solche auch nach Druck oder Reibung einer Hautstelle bei solchen Individuen. Jucken pflegen diese kleinen Quaddeln auch nur ganz wenig oder überhaupt nicht. Das ganz geringe Jucken tritt gewöhnlich nur bei solchen Krankheiten auf wo übrigens starker Dermographismus vorhanden ist. Die iontophoretische Dermoreaktion zeigt eben, daß nicht das hereingebrachte Serum dieser Urtikariakranken die Quaddelbildung mit evtl. geringen Juckgefühl hervorruft, sondern teils der Druck, teils jedoch der elektrische Strom selbst. (Im übrigen verweise ich auf meine dieses Thema behandelnde Arbeit.)

Auch bei Pruritiskranken, bei denen das Jucken auf dem Wege der Autointoxikation entsteht, löst das intrakutan eingespritzte oder auf dem Wege der Iontophorese in die Haut gebrachte (Eigen-) Serum Jucken nicht aus. Dieses Serum hat ebenfalls keine lymphagoge Reaktion, da an Stelle der Iontophorese von einer eigentlichen Quaddel keine Spur zu sehen ist.

Wenn wir bedenken, daß man z. B. eine Quaddel schon mit einer sehr geringen Menge artfremden Eiweißes hervorrufen kann, wenn der Organismus auf die nötige Art sensibilisiert ist (Serumexanthem), und weiter, daß eine lymphagoge Reaktion mit Iontophorese schon mittels außerordentlich verdünnter Lösungen der entsprechenden lymphagogen Mittel, z. B. von Morphium in 1 : 10000, sogar 1 : 100000 Verdünnung möglich ist[2]), dann müssen wir für auffallend halten, daß mit der Einführung des — wie wir es bisher annahmen — urtikariogenen Stoff enthaltenden Serums selbst auf dem erwähnten experimentellen Weg eine ausgesprochene lymphagoge Reaktion nicht entsteht. Diese experimentellen Ergebnisse erlauben also den Schluß, daß sich im Organismus während der Bildung der urtikariogenen Stoffe ganz andere Prozesse abspielen, als wir bisher vermuteten, ohne sie in Wirklichkeit zu kennen, und daß sich wieder andere Vorgänge begeben, wenn wir das Serum von Urtikariakranken direkt in die Haut einführen.

Zwischen dem aus äußerer und innerer Ursache entstehenden Jucken müssen wir also vom Standpunkt des Entstehens des Ursprunges des Juckens entschieden einen Unterschied machen. Wenn z. B. beim Insektenstich die reizerregende Wirkung des auf der arrodierten Stelle direkt eingeführten Stoffes das Jucken auslöst, verursacht im Fall der Urticaria ex ingestis und so auch bei verschiedenen Pruritussen das Jucken das toxische Produkt resp. das Eiweißspaltungsprodukt. Hier sind die

---

[1]) Derm. W., 1924, Nr. 50. — [2]) Siehe Groer-Hechtsche Dermoreaktion. Kl. W., 1923 und Sellei-Fenyösche Dermoreaktion. Derm. W., 1924, Nr. 50.

Digitized by Google

Hautsymptome und das Jucken die Folgen einer in dem Organismus sich abspielenden Reaktion. Wir müssen annehmen, daß die infolge der Reaktion entstehenden Stoffe in den Blutkreislauf gelangen und von dort in die Haut, wo ihre juckreizende Wirkung zur Geltung kommen kann. Das aus zentraler Ursache stammende Jucken, z. B. bei Tabes, ist so zu erklären wie die Weiterleitung des im Zentrum entstehenden Reizes zu den peripheren, sich in der Haut befindenden Nervenendigungen und Nervenfasern und unterstehen als Parästhesien einer besonderen Beurteilung.

Das Jucken entsteht auch auf reflektorischem Wege, welches dann durch andere Reize (z. B. Kratzen) ausgelöst werden kann.

Die physiologischen Experimente bezüglich des Juckens beziehen sich naturgemäß nur auf das aus äußerer Ursache stammende Jucken und sind nicht in jeder Richtung mit dem aus innerer Ursache stammenden Jucken identifizierbar. Eine andere Frage ist die Pathogenese, sonach: wie entsteht das Jucken?

Bezüglich der Pathogenese des Pruritus können wir bis jetzt folgende Theorien aufzählen:

a) die Unnasche Erklärung, nach welcher der durch die Hyperämie der Kapillaren der Corpora papillaria entstehende innere Druck und dem gleichzeitig entgegen wirkendenden Gegendruck der Epidermis das Jucken verursacht.

b) Das Jucken entsteht aus der durch die Verschiebung der osmotischen Druckverhältnisse eintretenden gesteigerten Reizbarkeit der Hautnervenendigungen, also auf physikochemischem Wege, das so zu verstehen ist, daß anisotonische bzw. dem osmotischen Druck des Blutes nicht entsprechende Lösungen den Geweben Flüssigkeit entziehen und auf solche Weise quellend wirken. Dies reizt anfangs die Nerven, lähmt sie jedoch später (Quellung und Entquellung Pulay).

c) Das Jucken entsteht aus den Störungen im Stoffwechsel sowie im Mineralstoffwechsel der Haut. Ich verweise hier auf die Untersuchungen von Gans über Ca-Verschiebung in der Haut von Ekzematikern. Aus der Verminderung der Silikate glaubte Luithlen die Ursache des Pruritus senilis zu erklären.

d) Zahlreiche Versuche (ich erwähne nur Zondek, Dresel und Katz, Billigheimer) haben das Wesen der vegetativen Störungen und die mit diesen zusammenhängenden Verschiebungen des Ca und K im Blutserum beleuchtet. Die Entstehungsart einiger juckenden Hautkrankheiten wurde ebenfalls mit den hierdurch eintretenden Reizzuständen in Einklang gebracht.

e) Von anderen Erklärungen seien hier noch erwähnt die Noblsche bei Varikosität, wo das Jucken durch die venöse Stauung hervorgerufen wird, und die von Cohen (Arch. f. Derm., 1924, Bd. 148), nach welcher der Pruritus die Empfindung des an einer bestimmten Hautstelle auftretenden Sauerstoffbedürfnisses ist.

Zu diesen Theorien habe ich f) in meinem 1923 erschienenen Handbuch der Hautkrankheiten (ungarisch) eine andere zugefügt, mit welcher wir bei einigen juckenden Hauterkrankungen das Entstehen des Juckens erklären können.

Digitized by Google

Wenn wir irgend einen Teil der Haut in bestimmter Entfernung 8—10 Minuten mit Quarzlicht bestrahlen, dann entsteht nach einigen Stunden ein starker hyperämischer Fleck, der anfangs etwas Jucken, bald jedoch Brennen hervorruft. Das brennende Gefühl geht alsbald (in einigen Stunden, zuweilen erst nach 24—36 Stunden) in Juckgefühl über. Das Jucken erreicht seinen Höhepunkt, wenn die Haut sich schwach zu schuppen, zu schälen beginnt. Im Anfang also ist die stark gerötete und geschwellte Haut schmerzhaft, sobald aber die Schwellung nachläßt, sich die Entzündung mildert, so juckt die Haut stark.

Die Pityriasis rosea Gibert verursacht gewöhnlich kaum Jucken; werden die einzelnen Plaques aber ein wenig ödematös, so kann das Jucken genug intensiv sein. Beim Ekzem hört das Jucken auf, sobald das Ekzem stark anschwillt und lebhaft rot geworden ist. Die Psoriasis juckt nicht; wenn jedoch die einzelnen Herde ödematös werden, kann das Jucken genug hochgradig sein. Bei Dyshidrose jucken die kleinen, tief in der Haut sitzenden Bläschen stark; sobald aber die Bläschen sich vergrößern, hört das Jucken auf. Starkes Jucken ist gleichfalls vorhanden, wenn die entzündlichen Erscheinungen sich zurückbilden und eine schwache Schuppung beginnt. Die Herpesbläschen jucken stark im Eruptionsstadium, dagegen jucken die Pemphigusbläschen nicht. (Bei Pemphigus pruriginosus ist Jucken wegen der urtikariellen Grundlage zu beobachten.) Der Lichen urticatus juckt stark; das Jucken können wir aus dem urtikariellen Grund und aus den auf diesem sich entwickelnden Bläschen erklären.

Die aufgezählten Beispiele beweisen, daß einesteils das Entstehen des Juckens, anderenteils dessen Aufhören mit der Bildung des Exsudats, also der Flüssigkeit zusammenhängt, die in den erwähnten Läsionen pathohistologisch feststellbar ist.

Da ist es wichtig a) wo sich das Exsudat bildet, b) wieviel sich davon bildet.

Betreffend des Ortes ist 1. die intraepidermale Lokalisierung der Flüssigkeit (des Exsudats), z. B. bei Ekzem, und 2. die perikapilläre, z. B. bei der Urtikaria, wichtig. Betreffend der Menge wieder, daß sie sich nicht in großer Quantität sammelt. Wenn wir uns vorstellen, daß dieses Exsudat in einer ungleich breiten elastischen Röhre kreist, so wird die wechselnde Reibung der in der hypothetisch gedachten ungleich breiten elastischen Röhre zirkulierenden Flüssigkeit (Exsudats), z. B. beim Ekzem, wechselnd die Nervenendigungen der Hautkapillaren reizen, was das Jucken bedingt.

In der hypothetisch gedachten Röhre zirkuliert die Flüssigkeit unter gleichem Druck, doch ist die Reibung eine verschiedene. Sind jedoch andere physikalische Verhältnisse gegeben, so kann wieder der Druck ein verschiedener sein. Nun angenommen, daß unter gleichem Druck die Reibung eine ungleichmäßige ist, so kann dagegen eingewendet werden, daß doch das Jucken — obzwar die Flüssigkeit in der Röhre fortwährend zirkuliert — dennoch unbeständig ist. Doch wechselt ja fortwährend die Flüssigkeitsmenge; die um die Röhre sich abspielenden Verhältnisse ändern sich auch stets, die den Juckreiz leitenden Nervenendigungen ermüden auch bald.

Wir können demzufolge annehmen, daß mit der Vermehrung und richtigen Verteilung (Lokalisation) des Exsudats solche physiko-chemische (osmotische) Verhältnisse geschaffen werden, wodurch der Reiz der autonomen Nerven das Jucken hervorruft.

Digitized by Google

Beim Ekzem hört das Jucken in dem Moment auf, wenn infolge der Steigerung der Entzündung das Serum sich nicht nur in der Stachelschicht, sondern auch in der Epidermis und im Korium vermehrt, also wenn sich zum Ekzem „artifizielle Dermatitis" gesellt. Bei der artifiziellen Hautentzündung (z. B. nach Quarzlicht) entwickelt sich das Jucken, wenn das Ödem der Haut geringer wird. Bei der Psoriasis ist Jucken vorhanden, wenn sich die Flüssigkeit in der Stachelschicht vermehrt, was sich klinisch in geringgradiger Schwellung der Effloreszenzen offenbart.

Hautschwellungen bei Hydrops jucken nicht; auch das Quinckesche Ödem pflegt meist nicht zu jucken, da das Exsudat in großer Menge vorhanden ist. Sub- oder Intrakutaninjektionen jucken gleichfalls nicht. Wenn man nun mit der erörterten Hypothese auch bei manchen Hautkrankheiten das Jucken auf diese Weise erklären kann, so ist sie keinesfalls zur Verallgemeinerung geeignet, mit der wir nun das Entstehen aller juckenden Hautkrankheiten erklären können. Bei Ekzem z. B. können wir den Mechanismus des Juckens mit der wechselnden Reibung der intraepidermalen Flüssigkeit (Exsudat), die nach Alkaloidvergiftungen entstehenden Pruritusse vielleicht mit der Gewebsquellung und Entquellung, bei Urtikaria aber mit dem im Hautgewebe entstehenden Druck und dem Gegendruck der Epidermis (Unna) erklären[1]). Wie aber sollen wir das Entstehen vieler anderer vormals essentiell oder nervös genannter Pruritusse erklären, bei denen wir auf der Haut keine objektive Veränderung finden, wo intra- oder subepidermales Exsudat nicht feststellbar ist. Das Entstehen der lokalen Pruritusse ist ebenfalls nicht einheitlich und können einzelne ebenso nach der einen wie nach der andern Theorie erklärt werden, also auf physiko-chemische Weise wie im Sinn der Unnaschen Theorie usw.

Eine weitere Frage ist: was vermittelt das Jucken, wie entsteht dieses Gefühl? Gegen die frühere Auffassung, nach der das Jucken und das Schmerzgefühl der Haut an den gleichen Nervenendigungen, d. h. durch Erregung der sensiblen Nerven entsteht, hat man angeführt, daß Arzneimittel, wie z. B. das Morphium, den Schmerz mildern, aber das Jucken nicht stillen, wogegen jedoch spricht, daß das Morphium zentral wirkt und nicht peripherisch. Pinselung mit anderen schmerzstillenden Mitteln, z. B. mit Kokain- oder Eukainlösung, macht zwar die Haut unempfindlich, stillt aber das Jucken nicht (Kroner). Dagegen könnte man einwenden, daß das Kokain durch die intakte Haut nicht wirkt; bei juckenden Hautkrankheiten — sofern man solch ein Mittel benutzen darf — stillt es das Jucken wesentlich, wohl auch nur für kurze Zeit, wenn diese Mittel in der gehörigen Weise, so nach Eukainlösungen z. B. nicht in wässerigen Lösungen, sondern in Salbenform angewendet werden. Behauptet wurde auch, daß jede Erregung der peripheren Nerven Schmerz auslöst, aber kein Jucken. Dem widersprechen aber die Winklerschen Versuche, die dartun, daß nach Saponininjektionen

[1]) Daß sich die erwähnte Theorie nicht verallgemeinern läßt, beweist das keratotische Ekzem sowie die Neurodermie (Lichen Vidal), welche beide unendlich jucken, und wo Spongiose resp. Ödem in der Epidermis und im Korium nur sehr schwach ausgebildet vorkommt. Hier scheinen aber auch die erwähnten osmotischen Druckverhältnisse die Hauptrolle in der Pathogenese des Juckens zu spielen.

Digitized by Google

der Schmerz und das Jucken voneinander getrennt bestimmt werden können bzw. daß das Schmerz- und das Juckgefühl auf gesonderten Bahnen schreiten (zitiert bei Unna).

Die neuere Auffassung, nach der nur die freien Nervenendigungen der Hautkapillaren (Unna) bzw. die zum vegetativen Nervensystem gehörenden Blutgefäßnerven (Kroner) das Jucken vermitteln, können wir mit dem vorerwähnten Kokainanästhesie-Experiment keinesfalls schon für bewiesen halten. Der Behauptung also, daß beim Pruritus das Jucken trotz der Anästhesierung der sensiblen Nerven unverändert bleibt und sich sogar noch steigern kann (Kroner), widerspricht einmal die schon erwähnte Erfahrung, daß Kokain, in Wasser gelöst, durch die unversehrte Haut nicht wirkt, auf Läsionen, wie Exkoriationen, aber, z. B. auf exkorierten Pruritus gepinselt sowie auch dem Kokain ähnliche Mittel wie Novokain, Anästhesin, Bromokoll (in Salben), entschieden juckstillend wirken. Überdies beweisen die auf intakter Haut ausgeführten Experimente (mit Juckpulver oder anderen) da nicht viel; sie sind mit dem aus innerer, sagen wir „pathologischer Ursache" stammenden Jucken gar nicht gleichgestellt. Menthol, Kampfer, Äther, die s. n. ätherischen Öle und Stoffe sind infolge ihrer Wirkung auf die sensiblen Nervenendigungen unbedingt juckstillend. Der Alkohol, das Chloroform reizen außer den sensiblen Nervenendigungen schon die Vasodilatatoren, denn wir verspüren über ihre Wirkung anfangs etwas Schmerz und beobachten Hyperämie, sobald wir die Haut mit ihnen einreiben. Die sogenannten Anaesthetica dolorosa, die wie Chloroform, Paraldehyd, Kampfer und einige ätherische Öle anfangs Schmerz und dann Unempfindlichkeit erzeugen, kommen gleichzeitig als juckstillende Mittel zur Geltung, was gleichfalls dafür spricht, daß der Juckreiz infolge der Wirkung dieser Mittel auf die sensiblen Nerven nachläßt. Für die andere Auffassung, daß nämlich das Jucken aus der Erregung der freien Nervenendigungen der Hautkapillaren entsteht, würden außer den von Unna und Kroner angeführten Beweisen noch die Leriche-Brüningschen Experimente sprechen, nach welchen mit der Entfernung der paraarteriellen Nerven (mittels Sympathektomie) auch das die trophischen Neurosen begleitende Jucken aufhört. Hier ist aber wieder die Frage zu beantworten: welcher Teil des autonomen Nervensystems löst das Jucken aus, die Nervenfasern des Sympathikus oder Parasympathikus bzw. des Vagus? Auf die Erregung der Vagusnervenfasern weisen z. B. jene Pruritusse, die auf Atropin reagieren, wogegen die mit dem Sympathikus zusammenhängenden nicht selten auf Pilokarpin aufhören. Dem entgegen kann man mittels einer durch Ionisation in die Haut gebrachte Koffeinlösung, die auf die Kapillaren bekanntlich spezifisch wirkt, Hyperämie und eine geringgradige urtikarielle Veränderung, nämlich Quaddelbildung hervorrufen, die aber nicht juckt. Das frisch gewonnene Serum mancher Pruritiskranken aber — wie ich das mit Johann Fenyö ausgeführten Experimenten, die ich anderswo mitteile, bewiesen habe — verursacht bei Iontophorese einen Fleck, der sich nach kurzer Zeit zu einem „bunt hyperämischen" Fleck wandeln kann, ein Zeichen, daß sich bei der Serum-Iontophorese ein Vorgang abspielt, der die Hautkapillaren bzw. deren Nerven reizt, ohne aber Jucken zu wecken. Das von außen stammende Jucken, z. B. nach Anwendung von

Digitized by Google

Juckpulver, entsteht nach der Erregung der in dem Epithel befindlichen Nervenendigungen; die Erregung wird dann weiter übertragen auf die Nervenendigungen der Kapillaren, und auf reflektorischem Weg entsteht auch Hyperämie. Bei Trichophytiasis superficialis verursacht das Jucken nicht nur die durch direkte Reizung des durch den Pilz produzierten toxischen Stoffe, sondern das Eindringen des Pilzes in die Epithelschicht, was Schuppen, Parakeratose verursacht, das dann mit Jucken einhergeht. Bei dem aus internen Ursachen stammenden Jucken, z. B. bei der Urticaria ex ingestis, bei den Pruritussen nachweisbar toxischer Entstehung usw. stammt das Jucken in erster Reihe aus der Erregung der Nervenendigungen der Kapillaren. Daß aber beim Juckreiz ein gewisser Kontakt zwischen den sensiblen und den autonomen Nervenendigungen existiert, das beweisen auch jene früheren Experimente, bei welchen nach Ausschaltung der Schmerzempfindung, z. B. mit Lokalanästhesie, mit Curcuma pruriens (Juckpulver) Jucken nicht ausgelöst werden kann; weiter, daß bei den nach gewissen Rückenmarkserkrankungen entstehenden analgetischen Krankheitsgebieten das Jucken bei Anwendung von Juckpulver gleichfalls ausbleibt. Doch kann auf analgetischen Stellen wiederum Ekzem entstehen, das natürlich gerade so juckt wie ein auf normaler Haut entstandenes Ekzem[1]). Dies gilt auch als Beweis dafür, was ich früher erwähnte, daß sich die „physiologischen" Juckversuche mit den aus „pathologischer" Ursache stammenden Juckreizen nicht gleichstellen lassen.

Daß aus der Wirkung der juckstillenden Mittel auch Schlüsse betreffend der Entstehung des Juckens gezogen werden können, darauf wurde früher schon hingewiesen. Menthol wirkt bestimmt auf die sensiblen Nervenendigungen, Teer, und zwar Ol. cadinum wie Ol. rusci und fagi, wieder auf die Blutgefäße und auf deren freie Nervenendigungen. Auf Grund klinischer Erfahrungen und teilweise experimenteller Untersuchungen kann also folgender Schluß gezogen werden: Das aus äußeren Ursachen hergeleitete Jucken ist die Wirkung der auf die sensiblen Nervenendigungen sich offenbarenden Reizung, wobei eine Weiterverbreitung der Reizwirkung auch auf die freien Nervenendigungen der Kapillaren eintritt. Das aus inneren Ursachen entstehende Jucken ist die Reizwirkung der Hautkapillarnervenendigungen. Damit können auch die in der Pathogenese des Pruritus erwähnten Theorien in Einklang gebracht werden. In erster Reihe sind es die physiko-chemischen Vorgänge, welche die Erregung der freien Nervenendigungen der Blutgefäße vermitteln, wodurch dann Juckgefühl entsteht.

---

[1]) Auf analgetischer Hautstelle konnte Philippson, dann Tömök (1924) mit intrakutaner Peptonlösung Hyperämie mit Quaddel hervorrufen und im Versuche von Kauffmann und Winkel (Kl. W., 1922) war auf stark hypästhetischer Hautstelle Dermatitis mit Jucken aufgetreten.

Digitized by Google

Die Behandlung der Gonorrhoe mit Targesin.

Von

Dr. MAX KÄRCHER,

Spezialarzt für Frauen- und Hautleiden in Kaiserslautern.

Die Silberpräparate zur Behandlung der akuten und chronischen Gonorrhoe sind Legion. Die meisten dieser Präparate haben den Nachteil, daß sie nicht genügend in die Tiefe wirken und u. a. sogar die Schleimhaut schädigen, ja zuweilen, auch bei relativ geringer Konzentration, vorübergehend die Entzündungserscheinungen steigern können. Es ist daher sehr erfreulich, daß es der Firma Gödecke & Co., Chemische Fabrik, A.-G., Berlin N 4, vor einiger Zeit gelungen ist, ein neues Silberpräparat herzustellen, das die Gonokokken rasch abtötet und die erwähnten schädlichen Nebenwirkungen völlig vermeidet. Dieses Mittel ist eine kolloidale, komplexe Diazetyltanninsilbereiweißverbindung mit 6% Silbergehalt, die in destilliertem oder Leitungswasser gut löslich ist und den Namen Targesin führt. Das Targesin besitzt sowohl eine hohe keimtötende Kraft als auch durch seine Tanninkomponente eine spezifisch adstringierende Wirkung, ohne daß die geringste Eiweißfällung eintritt. Der adstringierende Effekt ist auf Gefäßverengerung beschränkt. Durch eine Reihe von experimentellen Versuchen konnte zur Genüge der Nachweis geführt werden, daß Targesinlösungen von der Konzentration 1:200 bei einer Entwicklungsdauer von 5 Minuten die Gonokokken völlig abtöten und bei geringerer Konzentration bis 1:1000 noch deutliche Wachstumshemmungen bewirken.

Da ich seit einigen Monaten Targesin in meiner Praxis mit bestem Erfolg anwende, möchte ich hier kurz über meine Beobachtungen und Erfahrungen berichten.

Was zunächst die Abortivbehandlung der akuten Gonorrhoe betrifft, so kann man dieselbe in frischen Fällen mit Targesin durchführen, obwohl ich die übliche Vorsicht empfehlen möchte, wie sie bei jeder Abortivkur dringend nötig ist. Ich selbst habe in 8 Fällen eine Abortivheilung in 5—6 Tagen erzielt, und zwar mit 3 und 4%igen Lösungen von Targesin bei sechsmaliger täglicher Injektion. Die Einspritzungen wurden sogar in dieser höheren Konzentration in der Regel als so gut wie schmerzlos von den Patienten angegeben; bei zwei stark nervös überreizten Patienten machte ich vor den drei ersten Targesininjektionen eine anästhesierende Einspritzung mit einer 2%igen Novokainlösung. Nach 5 Tagen war selbst nach stärkster Provokation nicht mehr der geringste Ausfluß nachweisbar, bei einer 8 Tage darauf vorgenommenen Kontrollprobe Befund ebenfalls negativ.

Für alle übrigen nicht im Initialstadium zur Behandlung kommenden Fälle, auch dann, wenn der Patient mit einer Abortivkur nicht einverstanden ist, ist die gewöhnliche Behandlungsmethode vorzuziehen, wobei man mit 1%igen Targesinlösungen beginnt, die man allmählich bis zu 3%iger Konzentration je nach dem Gonokokkenbefund und den sonstigen objektiv nachweisbaren Symptomen steigern kann. Der Patient soll durchschnittlich 3—6mal täglich injizieren, vor der Injektion urinieren und die Injektionslösung 15—25 Minuten zurückhalten. Auf diese Weise habe ich 21 akute Fälle behandelt, dieselben waren sämtlich in 14 Tagen bis 4 Wochen geheilt. In 15 von diesen 21 Fällen habe ich noch eine Vakzinebehandlung mit Arthigon extrastark, bzw. nach neuerem Verfahren hergestelllt oder mit Gonargin (bis zu 200 Millionen Keimen) vorgenommen. In weiteren sieben chronischen Fällen bei Affektion der hinteren Harnröhre — zweimal durch Zystitis kompliziert, einmal starke Prostatitis — wurde ebenfalls Heilung erzielt. Ich benutzte hier meist 2—3%ige Lösungen für die hintere Harnröhre, gegen die in einem Fall vorliegende Prostatitis kam die ARZBERGERsche Mastdarmbirne zur Verwendung; in den beiden mit Zystitis komplizierten Fällen wurden Blaseneingüsse mit ¼—½%igen Targesinlösungen gemacht, und zur Beschleunigung der Heilung injizierte ich fünfmal 3 ccm Fulmargin intramuskulär. Zur Behandlung der hinteren Harnröhre verwandte ich in 4 Fällen auch die elektrische Heilsonde. Außerdem wurde jeder chronische Fall mit Gonargin — von 50 Millionen beginnend bis zu 1000 Millionen Keimen ansteigend — geimpft. In den sieben erwähnten chronischen Fällen trat nach

Digitized by Google

$2^1/_2$—3 Monaten völlige Heilung ein, was doch im Vergleich zu früher, wo die Kuren oft länger dauerten und nicht selten nur eine Scheinheilung bewirkten, ein wesentlicher Erfolg ist. Natürlich ist dem Patienten stets möglichste körperliche Schonung und entsprechende Diät — vor allem keine Alkoholika — zu verordnen. Wünscht der Patient eine interne Medikation, so kann man Novogosankapseln oder Gonozystolpillen empfehlen.

Die günstigen von mir erzielten Heilungsresultate führe ich bei den akuten Fällen ausschließlich auf die medikamentöse Therapie mit Targesin zurück, zumal bei letzteren keine sonstige Benandlung stattfand. Bei den sieben chronischen Fällen haben die Targesininjektionen bzw. Eingüsse das schließliche Heilungsergebnis jedenfalls in günstigstem Sinne beeinflußt.

Nach meinen Beobachtungen und Erfahrungen kann ich Targesin als ein ausgezeichnetes medikamentöses Antigonorrhoikum bezeichnen, das nicht nur die Gonokokken rasch und sicher abtötet, sondern auch den oft nervös sehr überreizten Patienten keine Schmerzen verursacht und keinerlei schädliche Nebenwirkungen, wie Schleimhautreizungen, hervorruft. Auch scheinen bei der Targesinbehandlung seltener Komplikationen aufzutreten als bei der bisherigen medikamentösen Lokaltherapie.

Referatenteil

redigiert von Dr. Marie Unna, Hamburg-Bergedorf.

Fachzeitschriften.

Japanese Journal of Dermatology and Urology.

1924, Bd. 24, Nr. 7.

Über Zerebrospinalflüssigkeit der Dementia paralytica, von R. Nakamura-Niigata. S. 1. Nachprüfungsergebnisse der Nonneschen Reaktionen bei Dementia paralitica. Alle 4 Reaktionen positiv bei 151 unter 177 Fällen, Zellvermehrung positiv bei 173 unter 177 Fällen, Phase I positiv bei 173 unter 180 Fällen, WR des Liquors positiv bei 179 unter 190 Fällen, Blut-WR positiv bei 172 unter 190 Fällen.

Über Skabies der Kaninchen, Meerschweinchen und Menschen, von M. Kitigawa, Univ. Keio. S. 51. Verf. hat Skabies, die zufällig von Kaninchen auf Meerschweinchen übertragen worden war, untersucht und festgestellt, daß der Erreger jedesmal Sarcoptes minor, der Erreger der sogenannten Schweineräude, war.

Experimentell-pharmakologische und biochemische Untersuchungen der Harnantiseptika, von S. Takahashi, Pharm. Univ.-Inst. Tokio. S. 52. Nach Gaben von 1 g Urotropin erscheint beim Hund das hiervon abgespaltene Formaldehyd im Harn der ersten 3 Stunden, während Urotropin sich noch nach 3 Tagen nachweisen läßt. Da die Spaltung des Urotropins durch den Magensaft geschieht, tritt nach Gaben per os viel Formaldehyd auf, nach intravenöser Verabreichung derselben Menge Urotropin dagegen nur sehr wenig. Diuretische Wirkung kommt nur dem Urotropin selbst zu, die beobachteten Hämaturien und Albuminurien kommen aber vom Formaldehyd her. Die Derivate, wie Helmitol und Borovertin, wirken weniger nierenreizend, denn sie spalten weniger Formaldehyd ab. Nach Gaben von Urotropin und von Derivaten wurde eine Verlängerung der Blutgerinnungszeit, ja sogar hämolytische Wirkung beobachtet. Hat man Staphylokokken in die Blase injiziert, so zeigen die per os verabreichten Urotropinpräparate eine viel stärker entwicklungshemmende Wirkung als die intravenös verabreichten gleichen Mengen. Bei den Balsamika zeigt das gleiche Experiment, daß Terpentinöl und Kopaivabalsam stärker bakterizid wirken als Santelöl. In der diuretischen Wirkung stehen die Balsamika weit hinter den Urotropinpräparaten zurück. Beim Kaninchenversuch rufen die Balsamika starken Eiweißzerfall und Störung der Harnstoffbildung hervor. Den geringsten Eiweißzerfall und somit die geringere Toxizität hat von den Balsamika der Kopaivabalsam, was auch für den Menschen gilt.

Digitized by Google

1924, Bd. 24, Nr. 8.

Über Lichen nitidus, von Sh. Dohi-Kanasawa. S. 55. Beschreibung eines Falles makroskopisch und mikroskopisch. Die Untersuchungen auf Tuberkelbazillen fielen negativ aus, trotzdem neigt Verf. wie auch andere Autoren dazu, diese Dermatose zu den Tuberkuliden zu rechnen, ohne jedoch bis jetzt ein endgültiges Urteil darüber abgeben zu können.

Nierenfunktionsprüfungen mit Berücksichtigung des Resultates der Nierenoperationen, von A. Takahashi-Niigata. S. 56. Nach Auseinandersetzung der verschiedenen Methoden der Nierenfunktionsprüfungen teilt Verf. das Resultat der Nierenoperationen mit, insbesondere der Nephrektomie bei 90 Fällen von Nephrophthisis, die in den letzten 8 Jahren in seiner Klinik ausgeführt worden sind. Der Befund der Operationen deckte sich meistens, aber lange nicht immer mit den Ergebnissen der Nierenfunktionsprüfungen.

Über Myoma cutis multiplex, von N. Ando-Osaka. S. 57. Beschreibung eines Falles von Leyomyoma cutis multiplex, wo sich mikroskopisch noch die Entwicklung aus den Musculi arrectores pilorum nachweisen ließ. Der Krankheitsbeginn fällt in das 16. Lebensjahr, wo zuerst am Rücken kleine Geschwülste bemerkt wurden, die dann im Verlaufe von 40 Jahren ganz langsam an Größe und Zahl zunahmen. Der Kranke gibt die typischen Schmerzattacken an. Die Tumoren verlaufen alle in einer Richtung, und zwar mit der Längsachse entsprechend der Spaltrichtung der Haut. Die größeren Tumoren sind druckschmerzhaft, die kleineren weniger, die Farbe ist ein livides Rot.

Über je einen Fall von Naevus syringomatosus und von Naevus sebaceus, von K. Akiyama-Tokio. S. 58. Kurze Beschreibung der beiden Fälle, bei denen erst die histologische Untersuchung die exakte Diagnose ergab. Therapeutisch bewährten sich im ersten Falle Röntgenstrahlen.

Über die Trichophytie (Sycosis parasitaria), von Zirn-Kanasawa. S. 59. Die Arbeit stammt aus den Jahren 1917—18, der Zeit der Trichophytieepidemie im Heere. Als häufigster Erreger wurde das Trichophyton ectothrix gypseum festgestellt. Es zeigte sich ferner, daß in den meisten Fällen die Ektothrixformen mehr die ausgedehnten, tiefen, die Endothrixformen mehr die einzelnen Trichophytieherde hervorrufen. Die Reaktionen der Trichophytievakzine sind heftig und im Erfolg unsicher. Die beste Therapie ist immer die Epilation durch Röntgenstrahlen, wenn die üblichen der Abschuppung dienenden Medikamente versagen.

1924, Bd. 24, Nr. 9.

Über Malariabehandlung der Syphilis, von T. Akiyoshi-Tokio. S. 63. Bericht über die an der Fingerschen Klinik in Wien mit Salvarsan-Mirion vorbehandelten, mit Malariaimpfungen nachbehandelten Fälle von Lues des Sekundär- oder Latenzstadiums mit positivem Liquorbefund.

Über die Beeinflussung der Urinsekretion durch verschiedene Medikamente, die auf den Sympathikus wirken (Adrenalin und Kokain) (Influences of Various Drugs, which Effect the Sympathetic Nerve System, on the Secretion of Urine. Influence of Adrenalin and Cocain), von K. Hamada-Osaka. S. 70. Es ließ sich durch Verabreichung von sympathikotonischen Mitteln (Kokain und Adrenalin) nachweisen, daß die Nierensekretion nicht direkt durch den Sympathikus beeinflußt wird. Nach intravenösen Gaben dieser beiden Medikamente ist zwar eine ausgeprägte Verminderung der Urinmenge nachzuweisen, aber diese Veränderung ist völlig abhängig von dem Tonus der Nierengefäße, die wiederum in direktem Zusammenhang mit dem allgemeinen Blutdruck steht. Die am Urin nachweisbaren Veränderungen sind also nur Sekundärwirkungen der Medikamente.

Naevus anaemicus Vörner und Morbus Recklinghausen, von Y. Hirota und Yamaguchi-Nagasaki. S. 73. In 6 Fällen der Recklinghausenschen Krankheit wurde das gleichzeitige Vorkommen der Naevi anaemici beobachtet, so daß die Verf. dies als ein Symptom zweiter Ordnung dieser Krankheit ansehen. Was die Entstehung der Flecke anbelangt, glauben die Verf., daß es sich um Störungen des Kontraktionsapparates der Gefäßwände handelt, eher jedenfalls als um kongenitale Veränderungen in der Gefäßinnervation.

A. de Lemos-Hamburg.

Digitized by Google

Proceedings of the Royal Society of Medicine, Section of Dermatology.

Sitzung vom 20. November 1924.

H. C. Samuel: **Lichen planus auf den Mund beschränkt** (Lichen Planus Confined to the Mouth). Erscheinungen an Mundschleimhaut, hartem Gaumen, Lippen. Niemals Hauterscheinungen.

H. W. Barber: **Fall von Lupus pernio (Sarkoid — Typus Schaumann) in Verbindung mit Lupus vulgaris (?)** (Case of Lupus Pernio [Sarcoid — Schaumann Type] Associated with Lupus Vulgaris?). Seit mehreren Jahren bestehend, zunächst Affektion an der Stirn, die kauterisiert und dann exstirpiert wurde, histologisch typischen tuberkulösen Bau zeigte. Traumen an den Fingern, von denen einer amputiert wurde, ein anderer später anschwoll; bei Inzision tuberkulöse Granulationen. Zur Zeit: typischer Lupus pernio am Rücken der Hände und Finger (Spina ventosa), an den Armen oberflächliche und tiefere Knötchen und indurierte Plaques, neben der Exstirpationsstelle an der Stirn unregelmäßige von Kruste bedeckte Narbe, am Nasenrücken Plaque, in dem Knötchen ähnlich Lupus vulgaris sichtbar.

W. F. R. Castle: **Epidermolysis bullosa (5 Fälle)** (Epidermolysis bullosa [Five Cases]). 5 Fälle in einer Familie, in der die Affektion auf 4 Generationen zurückverfolgt werden kann. Von 8 Kindern der 3. Generation blieben nur das 3. und 7. frei, ebenso deren Kinder.

W. F. R. Castle: **Fall von doppelseitiger symmetrischer Atrophie. Erythromelie Pick** (Case of Bilateral Symmetrical Atrophy. Pick' Erythromelie). 42jähriger Mann. Seit 14 Jahren bestehende Atrophie an Armen und Beinen. Es handelt sich vielleicht um einen Grenzfall zwischen Picks Erythromelie und Erythromelalgie, obgleich Brennen und Schwellung der letzteren fehlen, jedoch sind Schmerzen vorhanden.

George Pernet: **Fall von kongenitaler Lues tarda des Gesichtes** (A Case of Late Congenital Syphilis of the Face). Handflächengroße wuchernde Ulzerationen an der Seite des Gesichtes bei einem 16jähr. Knaben, vor zwei Jahren beginnend, auf Jodkali schnell gebessert.

A. M. H. Gray: **Granulomatöse Läsionen der Beine** (Granulomatous Lesions of the Legs). Knötchen von typischem granulomatösem Bau, ziemliche Zahl von Riesen-Zellen. WR und Pirquet negativ, ebenso Meerschweinchenimpfung und Untersuchung auf Sporotrichose und Blastomykose.

W. J. O'Donovan: **Fall von makulöser, nicht anästhetischer Lepra** (Case of Macular Non-anaesthetic Leprosy). 55jähr. Mann.

A. M. H. Gray: **Fall von Erythema circinatum** (Case of Erythema Circinatum). Ringförmige Effloreszenzen an den Ellenbogen, die seit 4 Jahren regelmäßig kurz vor der Menstruation auftreten sollen. Zur Zeit bestehen Effloreszenzen mit deutlich knötchenförmigem Rande, ähnlich Granuloma annulare und flachem, deutlich purpurfarbenem Zentrum. Gegen Granuloma annulare spricht das schnelle Auftreten und Schwinden.

A. M. H. Gray: **Naevus mit kongenitalen atrophischen Läsionen** (Naevus with Congenital Atrophic Lesions). 11jähr. Mädchen. Bei der Geburt drei atrophische, gelbweiße Stellen sowie mehrere kleine Tumoren der Lippenschleimhaut bemerkt. Bei mehreren älteren Verwandten zystische benigne Basalzellenepitheliome. Man könnte auch bei dem Kinde an diese denken, doch sind sie an der Schleimhaut bisher noch nicht beobachtet; es wird sich wohl um gewöhnliche Pigmentnävi handeln.

E. G. Graham Little: **Fall von Erythema circinatum** (Case of Erythema Circinatum). Schon früher einmal aufgetretene Affektion an der Vorderfläche beider Daumen, beginnend mit rotem Fleck, der sich zentrifugal vergrößert, nach 2—3 Wochen, ohne Spuren zu hinterlassen, schwindet (Erythema centrifugum annulare Darier).

E. G. Graham Little: **Fall von Urticaria pigmentosa ohne Mastzellen** (Case of Urticaria Pigmentosa withouth Mast Cells). Diagnose trotz fehlender Mastzellen, da typischer klinischer Befund.

E. G. Graham Little: **Fall von Erythema nodosum.** Aufgetreten im Anschluß an entzündliche, auf Streptokokkeninfektion beruhende Affektion. Spricht für diese vielfach angenommene Ätiologie des Erythema nodosum.

S. E. Dore: **Fall von Lepra** (Case of Leprosy). In Indien erworben.

W. J. O'Donovan für J. H. Sequeira: **Fall von Erythrodermie.** Affektion am Kopf begonnen, über den ganzen Körper ausgebreitet. Haut rot, schuppend, intensiv

Digitized by Google

juckend. Drüsenschwellungen. WR negativ. Histologisch Granulom, doch nicht charakteristisch für Mycosis fungoides. Röntgen ohne Einfluß. Klinisch und hämatologisch allmählich gebessert, was es schwer macht, den Fall der Gruppe der lymphatischen Leukämie zuzurechnen.

G. B. Dowling: **Fall von Lupus.** Knoten ohne Neigung zu vernarben und zu heilen. Histologisch Lupus.

G. B. Dowling: **Fall von Granuloma annulare.** 5jähr. Mädchen, seit 5 Monaten erkrankt. Eine ringformige Läsion am Knöchel, drei an den Fingern.

Sitzung vom 18. Dezember 1924.

A. C. Roxburgh: **Fall von Schambergscher Krankheit** (Case of Schamberg's Disease). Effloreszenzen an beiden Unterschenkeln. Histologisch Epidermis stellenweise verdünnt, Basalschicht gesprengt mit Invasion feinen fibrösen Gewebes und Rundzelleninfiltration.

E. G. Graham Little: **Fall zur Diagnose.** An Malaria leidender Pat., wiederholte Attacken mit starken Allgemeinerscheinungen, dabei Aussaat punktförmiger Effloreszenzen, ähnlich Schambergscher Krankheit, die sich nicht involvieren. Besprechung: toxische Purpura.

H. C. Semon: **Fall von Tinea** (Case of Tinea). Infektion von einem Hunde. Eruption an Fingern, Wange, Nasenrücken, sehr hartnäckig gegen jede Behandlung.

J. M. H. MacLeod und J. E. M. Wigley: **Fall von periartikulären Fibromen der Haut** (Case of Periarticular Fibromata of the Skin). Schmerzlose Knoten an den Fingern beider Hände, seitlich, nahe den distalen Interphalangealgelenken, frei beweglich.

J. E. M. Wigley: **Erythema multiforme nach postskarlatinöser Nephritis** (Erythema Multiforme Associated with Postscarlatinal Nephritis). Mit hämorrhagischer Nephritis kombinierte Skarlatina zwei Jahre zuvor. Die Effloreszenzen im Gesicht ähneln Lupus erythematosus.

S. E. Dore: **Fall von Purpura annularis telangiectodes.** Erster hier beobachteter Fall.

S. E. Dore: **Fall von Lichen plano-pilaris.** 14jähr. Mädchen. Seit 6 Monaten bestehend.

J. E. R. McDonagh: **Fall von Porolymphadenitis oder subakuter Lymphogranulomatosis inguinalis** (Case of Poradénolymphite or Lymphogranulomatose Inguinale Subaiguë). 1910 syphilitischer Primäraffekt am Penis, keine Behandlung, kein Rezidiv. 1912 granulomatöse Massen mit multiplen Eiterungen in der linken Leiste; 1918 exzidiert; 1919 ähnliche Erscheinungen in der rechten Leiste. Elephantiasis am Skrotum.

George Pernet: **Fall von Porokeratosis des Beines** (A Case of Porokeratosis of the Leg). In der Besprechung wird darauf hingewiesen, daß diese Diagnose nur auf Grund histologischer Untersuchung zu stellen wäre, und daß es sich vielleicht um ein flaches Ulcus rodens handeln könne.

George Pernet und Neil Sinclair: **Fall von melanotischer Geschwulst der Schläfe, vorgestellt um den Erfolg der Exzision und der Transplantation zu zeigen** (A Case of Melanotic Growth of the Temple Exhibited to Show Result of Excision and Grafting). Die Erkrankung hatte seit 20 Jahren bestanden.

R. H. Browne-Carthew: **Ausgedehnter Naevus vascularis des Gesichtes mit Radium behandelt** (Extensive Vascular Naevus of Face, Treated by Radium). Der Fall ist geeignet zu der Beobachtung, ob die durch Radium bewirkte Kontraktion der Gefäße fortschreiten und konstant bleiben wird.

E. G. Graham Little: **Fall von Pityriasis lichenoides chronica.** Eruption seit 6 Wochen über Beine, Zehen, Hinterbacken ausgebreitet. Geringes Jucken.

W. J. O'Donovan: **Fall von Melanodermie nach Salvarsan** (Case of Post-Salvarsan Melanodermia). Alte Syphilis mit positiver WR. Anderweitig nach Einspritzungen von Novarsenobillon ekzematöse Eruption, trotzdem weiter behandelt. Es zeigten sich dann schuppende Effloreszenzen und nach dem Abfallen der Schuppen scheckiges Aussehen von kleinen und großen weißen Flecken mit dunkel pigmentiertem Hintergrund. Die Pigmentierung schwindet mit Hinterlassung großer weißer Flecke. Es handelt sich um einen frühen Zustand von Vitiligo; die Pigmentierung ist Arsenfolge. In der Besprechung wird die Ansicht ausgesprochen, daß schon vorher Vitiligo bestanden habe, die durch die Pigmentierung mehr hervorgetreten sei. E. Levin-Berlin.

Digitized by Google

Dermatologische Zeitschrift.

1925, Bd. 43, H. 1/2.

Über das knollentreibende Fibrosarkom der Haut (Dermatofibrosarkoma protuberans), von E. Hoffmann, Univ.-Hautkl. Bonn. S. 1. Nach Mitteilung der gesamten in- und ausländischen Literatur, die 15 mehr oder weniger genau beschriebene Fälle umfaßt, berichtet Verf. über 3 selbstbeobachtete Fälle. Es handelt sich um eine wohlcharakterisierte Geschwulstform, die nicht nur an der Bauch- und Brusthaut, wie bisher beschrieben, sondern auch am Gesäß, Rücken und den Extremitäten vorkommt. Die Geschwulst entwickelt sich im Laufe von Jahren bis Jahrzehnten aus einem derben kutanen Knoten zu einer harten, kleine rundliche Vorwölbungen tragenden Platte und schließlich zu einem Tumor, der nuß- bis tomatengroße, bläulichrote bis bräunliche rascher wachsende Knollenauswüchse aufweist. Die Geschwulst neigt nicht zu Zerfall oder Ulzeration, bleibt gegen die Unterlage verschieblich und scheint keine Metastasen zu bilden. Histologisch ist der Tumor als ein infiltrierend wachsendes, meist sehr zellreiches Fibrom charakterisiert, das alle Übergänge bis zum faszikulären oder unregelmäßig angeordneten Spindelzellensarkom zeigt. Die Therapie besteht in gründlicher Exzision weit im Gesunden, da der Tumor große Neigung zu örtlichen Rezidiven zeigt.

Über die Zweckmäßigkeit von Paralleluntersuchungen nach der Wassermannschen, Bruckschen und Meinickeschen Reaktion (MTR) bei der Serodiagnose der Syphilis, von K. Behrmann, Derm. Abt. Städt. Krkhs. Altona. S. 29. Von 808 untersuchten Seren waren 536 übereinstimmend negativ und 173 übereinstimmend positiv. Im ganzen sind somit 88,62% gleiche Resultate erzielt worden. In den übrigen Fällen war die WR 23mal der BR und 8mal der MTR, die BR 33mal der WR und 6mal der MTR und die MTR 54mal der WR und 42mal der BR überlegen. Wäre die Reaktion nur nach einer der drei Methoden angesetzt worden, so wären der WR 57 Fälle, der BR 47 Fälle und der MTR 11 Falle entgangen. Daraus ergibt sich, wie zweckmäßig es ist, sämtliche Sera nach der WR, BR und MTR gleichzeitig zu untersuchen.

Beitrag zur Pathogenese des Herpes zoster, von E. Lehner-Budapest. S. 33. Durch histologische Untersuchung von 1—2 Stunden alten Herpes-zoster-Fällen hat Verf. nachweisen können, daß schon frühzeitig, bevor klinisch eine seröse Exsudation zu konstatieren ist, die Epithelzellen hydropische Anschwellung und etwas später Kolliquationsnekrose aufweisen. Gleichzeitig ist in der Papillarschicht und im Korium ausgesprochene Entzündung vorhanden. Erst in 6 Stunden alten Herden waren Koagulationsnekrose und Blasenbildung nachweisbar. Die Entzündungserscheinungen sind in dieser Zeit stärker geworden. Selbst die tiefen, subkutanen Gefäße zeigen perivaskuläre Infiltration. Die Entzündung beschränkt sich nicht auf die Stellen unterhalb der Blasen, sondern überschreitet deren Grenzen in diffuser Weise. Höchstwahrscheinlich ist der Ursprung der Entzündung und der Nekrose hämatogen. Doch auch das Nervensystem spielt eine gewisse Rolle, was bereits daraus hervorgeht, daß dem Zoster Juckreiz und Schmerz vorausgehen, ferner daraus, daß die krankhaften Veränderungen sich auf ein den Endverzweigungen der erkrankten Nerven entsprechendes Gebiet beschränken.

Zur Beurteilung der Spätflockungen, insbesondere bei der Dold-Reaktion, von F. Weyrauch-Marburg. S. 40. In etwa 2% der untersuchten Fälle traten bei der DR noch nach 3 Tagen spezifische Flockungen auf. Meistens sind jedoch die Spätflockungen unspezifischer Art, durch bakterielle Verunreinigungen bedingt. Das gleiche gilt auch für die Spätflockungen bei der SGR und DM.

Ein Fall von ungewöhnlicher exsudativer, polymorpher Dermatose, von D. Kirschenblatt-Tiflis. S. 43. Die 18jähr. Pat. erkrankte im August vorigen Jahres an einem Ausschlag im Gesicht, an den Fingern, Zehen und Streckseiten der Extremitäten, der sich schließlich schubweise über den ganzen Körper ausdehnte und auch die Schleimhäute des Mundes und der Nase befiel. Im Winter traten Knötchen an den Fingern auf, die zeitweise Jucken verursachten. Seit November hatte Pat. unregelmäßige Temperaturen, oft von Leibschmerzen und Durchfall begleitet. Die Milz war hart und vergrößert. Bald stellte sich noch Nephritis ein. Im März wurde Pat. in das Krankenhaus eingeliefert und bot folgenden Befund: Die Gesichtshaut ist etwas verdickt, schuppend, bläulich-braunrot, leicht geschwollen. Auf den Wangen einzelne kleine, hirsekorngroße Knötchen, stellenweise dunkelbraune, schuppende Flecken. Die behaarte Kopfhaut ist mit ziegelroten Flecken bedeckt, die teilweise schuppen. Die Nasenschleimhaut ist trocken und mit Krusten belegt. Die Schleimhaut des Mundes, des Zahn-

Digitized by Google

fleisches, des harten und weichen Gaumens weist bläulich- und ziegelrote rundliche Scheiben und Knötchen auf. Auf der Brust- und Rückenhaut schuppende Knötchen von Stecknadelkopf- bis Erbsengröße. An den Streckseiten der Extremitäten zahlreiche Flecke, exsudative Knötchen, runde und ringförmige Scheiben. Die Handflächen und Sohlen zeigen unregelmäßige rote Flecke mit Hornschichtdefekten. Die Haut der Finger löst sich in großen Fetzen ab. Der Allgemeinzustand ist stark gestört. Leber und Milz sind vergrößert. Der Bauch ist aufgetrieben, die Füße sind leicht geschwollen. Im Urin Albumen und hyaline Zylinder. Das Exanthem wurde teilweise kleiner und blasser. Anfang April traten zwei symmetrische, sehr schmerzhafte, bläulichrote Knoten am Rücken auf. Die Temperatur stieg am Abend bis zu 39°, die Diurese verringerte sich bedeutend, die Ödeme nahmen beträchtlich zu. Der Ausschlag vergrößerte sich, trug polymorphen Charakter, fiel rasch ab und ging in Schuppung über. Am 7. April trat eine Gesichtsrose auf: Exitus am 12. April. Am wahrscheinlichsten ist die Diagnose auf „exsudatives, polymorphes Erythem" zu stellen. In einer „Bemerkung zu vorstehender Arbeit" glaubt E. Hoffmann, daß es sich in dem beschriebenen Falle um einen Lupus erythematodes disseminatus gehandelt hat. Die achtmonatige Dauer, das schubweise Auftreten mit hohem Fieber, der Exitus, das polymorphe, schuppende Erythem, die erysipelartige Komplikation, die Beteiligung des Mundes, das remittierende bzw. intermittierende Fieber sowie die Nierenerkrankung und schließlich die pernioartige Lokalisation an den Fingern sprechen dafür. F. Harry-Wiesbaden.

Mitteilungen aus der Literatur.

Akute exanthematische Infektionskrankheiten.

Späte Immunisation durch Serum bei Masern (Late Serum Immunisation in Measles), von J. G. Regan-New York. (J. Am. m. Ass., 1924, Bd. 83, Nr. 22, S. 1763.) Masernrekonvaleszentenserum, injiziert am 6.—9. Inkubationstage, in der Dosis von 8 bis 10 ccm, führte in allen Fällen zu charakteristischer Veränderung des Masernverlaufes: Die Erkrankung verläuft leichter, die Inkubationszeit ist verlängert, Kopliks Exanthem fehlt, Schnupfen sowie Ausschlag sind wesentlich gemildert. Komplikationen treten kaum auf. Wurde das Serum nach Ausbruch der Erkrankung verabfolgt, so trat, auch bei intravenöser Applikation, keine deutliche Veränderung des Krankheitsablaufes in Erscheinung. R. Ley-Kreuznach.

Scharlach-Schutzimpfung nach Caronia-Sindoni, von B. Jakobovits-Budapest. (Orv. Hetilap, 1924, Nr. 19.) Di Cristina ist es gelungen, vom Blute und Knochenmark der Scharlachkranken ein Virus zu isolieren (entsprechend gezüchtet), Caronia und Sindoni haben mit abgetöteten oder abgeschwächten Erregern, gesunde Kinder geimpft oder Rachenpinselungen vorgenommen ohne nachherige Erkrankung. Diese Kinder wurden der Gefahr der Ansteckung ausgesetzt und blieben gesund. Die verimpfte Menge war 2 ccm. Außerdem wurden 6 Familien mit 28 Kindern im Auge behalten, von welchen Scharlachkranke in die Klinik aufgenommen waren und Geschwister im Alter von $2^1/_2$ bis 10 Jahren zu Hause blieben. Sie wurden mit Schutzimpfung versehen und keines erkrankte von ihnen. M. Porosz-Budapest.

Der Einfluß der Ultravioletstrahlen auf Varizellen, von Fr. Rohrböck-Budapest. (Orv. Hetilap, 1924, Nr. 20.) Ein 8jähr. Mädchen, das im Krankenzimmer mit einem Kinde, das an Varizellen erkrankte, zusammen war, bekam am 11. Tage auch Varizellen. Das Mädchen wurde gegen Tuberkulose mit Quarzstrahlen behandelt. Auf diesen Stellen, welche den Strahlen ausgesetzt waren, entwickelten sich das Exanthem ungewöhnlich dicht und atypisch. Papeln mit kaum angedeuteten Bläschen. Am Rande der Brust, wo die Bestrahlung weniger intensiv war, waren typische einzelne Effloreszenzen zu sehen. Verschont blieben Gesicht und Achselhöhle. In den letzten 6 Monaten hatte das Kind eine Skarlatina und Diphtherie durchgemacht. Der Verf. meint in einer Hyperdisposition gegen infektiöse Krankheiten sei die Ursache zu suchen.
M. Porosz-Budapest.

Variola und Alastrim (Variole et Alastrim), von L. Lortat-Jacob. (Progr. méd., 1925, Nr. 1, S. 7—8.) Das seit einigen Jahren in der Schweiz und in England beobachtete Auftreten einer modifizierten Variola läßt Betrachtungen der Beziehungen zwi-

Digitized by Google

schen Variola und der als Alastrim bezeichneten Erkrankung bzw. ihrer Identität nötig erscheinen. Die Übereinstimmung der Erscheinungen ist eine weitgehende, Vakzine gibt Immunität gegen Variola und Alastrim, jedoch gegen letztere in geringerem Maße. An Alastrim und der modifizierten Variola Erkrankte können revakziniert werden. Eine Erklärung des Auftretens der Erscheinungen in den beiden Ländern ist darin zu suchen, daß in ihnen die Zahl der Vakzinierten in dauernder Abnahme begriffen ist; das zeigen besonders die Verhältnisse in der Schweiz, bei Gegenüberstellung der Kantone mit und ohne Impfzwang. Es ergibt sich daraus die Notwendigkeit, auf dem Impfschutze zu bestehen. Wichtig ist auch die frühzeitige Erkennung der ersten Fälle einer Epidemie; die dabei besonders bedeutsame Differentialdiagnose von Varizellen wird eingehend dargelegt.

E. Levin-Berlin.

Variola und Varizellen. Die Differentialdiagnose und der Neuunitarismus, von H. Sahli, Med. Klinik Bern. (Schweiz. m. W., 1925, Nr. 3, S. 1—13.) Seit dem Jahre 1921 herrschte im Kanton Bern eine nunmehr im Erlöschen begriffene, außerordentlich milde Pockenepidemie, bei der viele Fälle große Ähnlichkeit mit Varizellen zeigten, wie solches früher schon an anderen Stellen beobachtet und unter verschiedenen Namen beschrieben worden ist. Für die Differentialdiagnose zwischen Variola und Varizellen erwies sich die Guarneri-Paulsche Reaktion nicht als sicheres Kriterium, indem sowohl bei Varizellen (übrigens auch in einem Falle von Akne) positive, andererseits in 44 typischen Variolafällen bei nur einmaliger Ausführung des Versuches 20%, bei zweimaliger 13,5% negative Resultate vorkamen. Es versagte ferner das Kriterium der eigentümlichen, verschieden großen Zellkern-Degenerationsprodukte in dem Trockenpräparat des Bläscheninhaltes (Pockenkügelchen), die nur bei massenhaftem Vorkommen gegenüber nicht spezifischen Affektionen, jedoch nicht zwischen Variola und Varizellen unterscheiden lassen, ebenso versagte das Verhalten gegenüber der Vakzination und die morphologische Blutuntersuchung. Die große Zahl der gerade in dieser Epidemie zu beobachtenden Fälle, die man rein symptomatisch als Übergangsformen zwischen Variola und Varizellen bezeichnen möchte, führte zu einem erneuten Studium der Frage des Dualismus bzw. Unitarismus. Wenn auch die für den Dualismus angeführten Beweise nicht als stichhaltig anerkannt werden können, so ist doch der Unitarismus in der alten primitiven Form abzulehnen und darauf hinzuweisen, daß die Reihe Variola, Vakzine, Varizellen sich, abgesehen von den Immunitätsverhältnissen, nicht nur durch quantitative (graduelle), sondern in noch höherem Maße durch qualitative Merkmale ihrer Virulenz unterscheidet. Es deutet alles darauf hin, daß die Gifte der Variolagruppe in außerordentlich hohem Maße variations- und mutationsfähig sind. Man kommt so zu einer neuen Form des Unitarismus, die bei Aufrechterhaltung des ätiologischen Zusammenhanges zu der Annahme einer qualitativen Veränderung des Variolagiftes in den Varizellen und einer hier zustande kommenden anderen Art von Immunität als bei der Variola führt. Eine solche Annahme ist möglich, da auch bei der Vakzine (modifiziertes Variolagift) die entstehende Immunität keineswegs mit der Variolaimmunität absolut identisch und gegen sie austauschbar ist. Die symptomatischen Zwischenformen, bei denen die Differentialdiagnose zwischen Variola und Varizellen völlig versagt, sind dann auch ätiologische Zwischenformen. Bei dieser Auffassung eines Neuunitarismus ist jedes der beiden Krankheitsgifte als ein aus gemeinsamem Stamm hervorgegangenes, aber dabei mehr oder weniger konstant gewordenes Virus fixum zu bezeichnen. Die Eigenschaften des als Varizellengift fixierten Virus sind wahrscheinlich phylogenetisch durch Anpassung eines ohnehin besonders schwachen Variolagiftes an den kindlichen Körper entstanden. Doch läßt sich auch eine Mutation aus inneren, in den biologischen Eigenschaften des Giftes liegenden Ursachen nicht ausschließen und es besteht auch die Möglichkeit, daß das Varizellengift das ursprüngliche war und die Variation in umgekehrter Richtung vor sich ging, vielleicht gehen auch jetzt noch beide Richtungen nebeneinander her. Ganz ähnlich liegen die Verhältnisse auch bei der Vakzine. Für eine Mutations- und Variationsfähigkeit des Blatterngiftes sprechen auch die qualitativ modifizierten milden Blatternepidemien. Ähnliche hochgradige fixierte Variationen der Virulenz finden sich auch bei anderen Infektionskrankheiten. Diese Verhältnisse eröffnen eine weitgehende Aussicht zum Verständnis der Entstehung neuer Krankheiten und Krankheitsrassen. Die komplizierten Verhältnisse der Beziehungen zwischen Variola und Varizellen mit den sonst schwer lösbaren Fragen der wechselseitigen Impfung, vorhandenen oder fehlenden Immunität und gleichzeitigen Vorkommens beider Krankheiten werden durch den Neuunitarismus gelöst. Für die in den milden Epidemien beobachteten Zwischenformen paßt weder der eine noch der andere Name, doch wäre es nicht

Digitized by Google

zweckmäßig, dafür einen neuen Namen einzuführen. Es steht außer Zweifel, daß einwandfreie Fälle von durch Kontagion mit Varizellen entstandener echter, typischer Variola auch früher schon beobachtet und beschrieben worden sind, doch wagte man sie unter dem Drucke des unbedingt herrschenden Dualismus nicht richtig zu deuten. Für den Neuunitarismus spricht auch die wiederholt gemachte Beobachtung der Häufung von Varizellenfällen zur Zeit von Blatternepidemien. Im gewissen Sinne ist der Neuunitarismus auch ein Neudualismus. Praktisch kommt in Betracht, daß sobald in Varizellenepidemien die Fälle anfangen diagnostische Schwierigkeiten zu machen und wenn Mischepidemien von Variola und Varizellen oder varizellenähnliche Variolafälle auftreten, alle Fälle verdächtig sind und isoliert werden müssen. Auch bei reinen Varizellenepidemien sollte die Bevölkerung zur Impfung angehalten werden, die nicht intensiv zu sein braucht. An die Herstellung einer vom Tier stammenden Varizellenvakzine muß gedacht werden. E. Levin-Berlin.

Intrakutane Schutzpockenimpfung, von J. Simko-Budapest. (Orv. Hetilap, 1924, Nr. 36.) Die schönsten Reaktionen hatte Verf. mit dem Pápaischen (Standardvirulenz) Impfstoff in physiologischer Kochsalzlösung 1 : 50 oder 1 : 60 erreicht. Eine Nadel wird subkutan in den Oberschenkel (Außenseite) eingestochen, nachher gegen die Oberfläche der Haut geführt und 0,10 ccm einverleibt. An der Spitze der Nadel soll die Haut keine blasse Infiltration zeigen, denn dann bildet sich eine Impfblase. In 1—2 Tagen entwickelt sich eine kleinlinsengroße rosafarbige Infiltration, welche nach 3 Tagen spurlos verschwindet (Primärreaktion). In 6—8 Tagen bildet sich auf derselben Stelle eine entzündliche Infiltration im Umfang einer Krone, in 3 Tagen wird der Höhepunkt erreicht und die Stelle wird livid verfärbt, und die Verfärbung hält 14 Tage an, bis sie spurlos verschwindet. Das Infiltrat ist noch 4—6 Wochen lang zu tasten. Die Temperatur steigt im 2. Stadium auf etwa 38°. Wenn die Konzentration der Vakzine höher ist, steigt auch die Temperatur auf 39—40°. In 165 Fällen war der Erfolg eklatant. Bei 15 von diesen Kindern ging die Kontrollimpfung (kutan) nicht an zum Beweis der erreichten Immunität. M. Porosz-Budapest.

Zur Epidemiologie der Pocken, von O. Cherefeddi-Konstantinopel. (D. m. W., 1925, Nr. 3, S. 114.) Aus den statistisch festgestellten Ziffern der jährlichen Todesfälle an Pocken von 1901—1922 geht hervor, daß die Erkrankung regelmäßig nach 4—5 Jahren ihren Höhepunkt erreicht und immer wieder durch Anwendung von Vakzine bekämpft wird. Die Erkrankung wurde von Einwanderern aus den Provinzen, in denen die Impfung nicht mit aller Strenge durchgeführt wird, in den Jahren 1912, 1918 und 1922 eingeschleppt und dehnte sich auf die Bevölkerung von Konstantinopel aus. Eine weitere Ursache für das periodische Auftreten der Epidemie sieht Verf. in der Dauer der Immunität, die nur 4—5 Jahre anhält. F. Harry-Wiesbaden.

Über das Blutbild bei Variola mit besonderer Berücksichtigung der jetzt herrschenden milden Berner-Epidemie und seine diagnostische Bedeutung, von Georges Pantasis, Med. Klin. Bern. (Schweiz. m. W., 1924, Nr. 52, S. 1189—1196.) Die milde Berner Epidemie hat in besonderer Weise die großen Schwierigkeiten der Differentialdiagnose zwischen Variola und Varizellen gezeigt, von denen Sahli jetzt annimmt, daß sie durch verschiedene, aber im allgemeinen fixierte Varietäten desselben Stammgiftes hervorgerufen werden (Neounitarismus). Ausnahmsweise kann durch Naturzüchtung das Virus der einen Erkrankung in das der anderen übergeführt werden. Beide Krankheiten haben ihre fixierte Virulenz und eigenen Immunitätsverhältnisse, können aber ausnahmsweise ineinander übergehen. Zum besseren Verständnis der bei der Berner Epidemie festgestellten Blutbilder wird eine Übersicht über die genauen Merkmale gegeben, nach denen in der Berner Klinik die verschiedenen Lymphozyten, die großen mononukleären Leukozyten und die Übergangszellen charakterisiert werden, ferner eine Übersicht über das Blutbild der Pocken sowie der Vakzine und der Varizellen in der bisherigen Literatur. Die eigenen Befunde stimmten wesentlich mit denen fast aller übrigen Autoren überein, die sich mit dem Blutbild bei klassischer Variola beschäftigt haben, im Gegensatz zu einigen konnten jedoch keine Myelozyten und keine Normoblastenvermehrung gefunden werden; doch ist ein solcher Befund nicht typisch für Pocken, sondern nur charakteristisch für den schweren Charakter der Infektion. Daß das gleiche Bild wie bei dieser leichten Epidemie sich auch bei schwerer Variola und Varizellen findet, spricht dafür, daß die milde Epidemie als Mutation der typischen Pocken, und zwar in varizellenartiger Richtung, also im Sinne des Neounitarismus aufzufassen ist. Gegenüber anderen Infektionskrankheiten ist im Prodromal- und auch

Digitized by Google

Eruptionsstadium zu verwerten, daß kaum bei einer anderen so früh Lymphozytose auftritt. Zwischen milden Pocken, klassischer Variola und Varizellen kann das Blutbild nicht als differentialdiagnostisches Merkmal benutzt werden. E. Levin-Berlin.

Pockenvirus auf der Kaninchenhornhaut (Virus vaccinal dans la cornée du lapin), von A. Borrel und Muller. (Compt. rend. acad. des Sciences, 1924, Bd. 179, Nr. 26, S. 1643—1645.) Kurze Beschreibung einer eigenen Methode zur Herstellung von Präparaten aus pockengeimpfter Kaninchenkornea. Nach der Impfung wird die Kornea auch nach der Exstirpation noch bis zu 3 Tagen in feuchter, ätherhaltiger Luft gehalten. Die besondere Art der Abnahme des Materials von der Hornhaut des exstirpierten Auges gibt auch so lange Zeit nach der Impfung hervorragende Bilder, welche die Ewingsche Methode der Entnahme am lebenden oder eben exstirpierten Auge nicht ergab. Verff. sahen Zellen mit 30 Exemplaren der bekannten Guarnierischen Körperchen und machen auf von anderer Seite noch nicht beschriebene korpuskuläre Zellelemente aufmerksam, deren Ähnlichkeit mit den Mikroben des Molluscum contagiosum hervorgehoben wird. Verff. glauben sogar auf eine Identität beider Zellelemente schließen zu dürfen und empfehlen ihre Methode zum Zweck der Gewinnung und des Studiums von Kulturen aus Pocken- und homologem Virus. H. Lippert-Köln a. Rh.

Die Neurovakzine (Le neurovaccin), von C. Levaditi und S. Nicolau. (Bull. méd. 1924, Nr. 53.) Mit Tabellen und guten Photogrammen ausgestattete Verteidigungsschrift gegen die Angriffe von L. Calmus auf die Brauchbarkeit der Neurovakzine zur menschlichen Schutzimpfung. Verff. führen den Beweis, gestützt auf Bestätigungen von anderer Seite, daß die Neurovakzine der gewöhnlichen durch Hautkultur gefundenen Vakzine quantitativ nicht unterlegen ist, wenn man die Dosierung kennt. Es ist davon mehr zur Impfung erforderlich als von der Jennerschen Vakzine. Noguchi hat diese Wirkung durch Inokulation der Neurovakzine auf Hodengewebe erreicht, wodurch starke Impfreaktionen erzeugt wurden. Ebenso wird der Einwurf widerlegt, die Neurovakzine sei für den Menschen schädlich und dabei weniger wirksam. Die Beobachtungen Gallardos werden herangezogen. Der Vorzug absoluter Keimfreiheit der Neurovakzine wird besonders unterstrichen. Der Hypothese von Calmus, das der Neurovakzine eigentümliche Bild (hämorrhagische, ödematöse, nekrotische Pustelbildung) beruhe auf Beimischung anderer Mikroben, wird mit Nachdruck überzeugend entgegengetreten. Nach Verff. steht fest, daß bei der Neurovakzine die Keime von gleicher Natur sind wie bei den Kuhpocken. Bei vielfachen Hautpassagen nehmen die Neurovakzinepusteln das Aussehen gewöhnlicher Dermovakzinepusteln an, werden aber nach Inokulation auf Kaninchennervensubstanz sofort wieder virulenter. Eine Symbiose mit unbekannten anderen Keimen ist daher bei der Neurovakzinepustel auszuschließen, vielmehr erklären sich die Veränderungen des klinischen Bildes nach Verff. zwanglos nach den allgemeinen Gesetzen der Selektion und Mutation, angewandt auf das Neurovakzinevirus und seine verschiedenen kulturellen Etappen. H. Lippert-Köln a. Rh.

Lösliches Mercurochrom 220 bei Rocky Mountain Fleckfieber (Rocky Mountain Spotted Fever), von H. P. Greeley. (J. Am. m. Ass., 1924, Bd. 83, Nr. 19, S. 1506.) Anwendung von 20 ccm 1% löslichen Mercurochroms 220 bei hochfiebernder Fleckfieberkranken mit ausgezeichnetem Erfolg schon am nächsten Tage.

E. Schäfer-Göttingen.

Tagesgeschichtliche Nachrichten.

Gestorben: Dr. Alfred Lex, Arzt für Dermatologie in Chemnitz.

Wie wir erst jetzt in Erfahrung bringen, ist der Syphilishistoriker Johann Karl Proksch in Wien vor etwa zwei Jahren verstorben. R.

Nachdruck (auch des Abschnittes „Tagesg. Nachr.") ist ohne Genehmigung des Verlegers nicht erlaubt.

Verantwortlich für die Redaktion: für Originalabhandlungen und T. N.: Prof. Dr. J. H. Rille, Leipzig. Für den Referatenteil: Dr. M. Unna, Hamburg-Bergedorf.

Digitized by Google

Dermatologische Wochenschrift

Nr. 23 (Bd. 80) 6. Juni 1925

Aus dem pathologisch-anatomischen Institut des Hafenkrankenhauses in Hamburg (Prosektor: Dr. KOOPMANN).

Beitrag zur normalen und pathologischen Anatomie der männlichen Harnröhrenschleimhaut und ihrer drüsigen Anhänge.

Von

Dr. K. WIEDE.

Mit 8 Abbildungen im Text.

Bei der Verbreitung der Gonorrhoe und sonstiger schädlicher Einflüsse auf die männliche Harnröhre ist es erstaunlich, wie wenig auffällige Veränderungen an derselben auf dem Sektionstisch gefunden werden. Ich führe als Beispiel das Material des pathologisch-anatomischen Institutes des Hafenkrankenhauses an. Da sich das Material zum größten Teil aus plötzlich Verstorbenen, Selbstmorden und Verunglückten zusammensetzt, die aus dem ganzen Stadtgebiete eingewiesen werden, ist es kaum möglich, eine Anamnese zu erheben. Zieht man jedoch in Betracht, daß nach Angaben mancher Autoren über 90% aller Menschen eine Gonorrhoe durchgemacht haben, so kann man wohl annehmen, daß die gefundenen Veränderungen zum großen Teil einer Gonorrhoe zuzuschreiben sind. Daneben kommen natürlich noch Einwirkungen anderer Schädlichkeiten in reichlichem Maße in Frage.

Daß überhaupt wenig Veränderungen gefunden werden (unter meinen 200 Fällen fand ich nur 10 größere Veränderungen), findet darin seine Erklärung, daß die Gonorrhoe in den meisten Fällen zur Ausheilung kommt und später keine Veränderung an der Harnröhre mehr erkennen läßt.

Bevor ich in die Besprechung der Harnröhrenveränderungen eintrete, will ich kurz auf die normale Anatomie der Harnröhrenschleimhaut hinweisen.

ASCHOFF wies bereits auf die Individualität der einzelnen Harnröhren hin. Es ist erstaunlich, wie oft die Bilder des makroskopischen Befundes der Schleimhaut wechseln. Diese Beobachtung konnte ich auch in meinen Fällen machen. Seine Erklärung findet es wohl zum größten Teil darin, daß die männliche Harnröhre mannigfachen Insulten, sei es mechanischer, sei es entzündlicher Art, frühzeitig ausgesetzt ist. Gonorrhoe, Trauma, Lues, Tuberkulose kommen hier in erster Linie in Frage; doch werden von anderen Autoren (KAUFMANN, HÜBNER) Radfahren, Masturbation wie auch Infektion mit Bact. Coli und Influenzabazillen für die Veränderungen

Digitized by Google

in der Schleimhaut verantwortlich gemacht. Da diese Insulte schon frühzeitig die Schleimhaut betreffen können, ist es erklärlich, daß anfangs eine große Uneinigkeit in der Beurteilung der normalen Schleimhautbefunde auftrat.

Nach heutiger Ansicht (E. KAUFMANN, RAUBER-KOPSCH, STÖHR) findet man in der Pars prostatica Übergangsepithel mit Inseln von Plattenepithel; letztere finden sich besonders auf dem Colliculus seminalis und um die Einmündung der Samenkanälchen. Der nachfolgende membranöse Teil der Harnröhre, der sich nicht scharf gegen den ersten Teil absetzt, trägt mehrschichtiges Zylinderepithel mit längsovalen, mittelständigen Kernen. Der dritte Hauptteil, die Pars pendula, trägt einfaches Zylinderepithel und geht bereits weit vor der Fossa navicularis in Plattenepithel über. In der Fossa navicularis ist es in seinen obersten Schichten oft verhornt. Im Übergang zur Präputialschleimhaut zeigt sich, daß letztere epidermoidalen Charakter annimmt, daß Pigmentierung auftritt, die elastischen Fasern aber fortfallen.

Den Übergang in die präputiale Schleimhaut konnte ich in einem Falle gut darstellen.

Es handelt sich um einen 42 Jahre alten italienischen Heizer, der mit einem Schädelbruch zur Sektion kam. Die äußere Harnröhrenöffnung mündete im Sulcus coronarius an der Unterseite der Harnröhre. Die Eichelharnröhre war nur durch eine seichte Rinne angegeben; außerdem befanden sich 10 cm vom Orficium externum drei bandförmige, 2 cm lange, weißglänzende Verdickungen an der Vorderwand der Harnröhre. Der Übergang des einen Plattenepithels in das präputiale Plattenepithel macht sich darin kenntlich, daß letzteres mehr den Charakter der Epidermis zeigt. Im Übergang tritt in den untersten Epithelschichten Pigment auf, das im weiteren Verlauf immer mehr zunimmt. Mit der Zunahme des Pigmentes geht eine Abnahme der elastischen Fasern einher. In den stärksten pigmentierten Stellen finden sich nur kleine Andeutungen von elastischem Gewebe. Interessant ist ferner an diesem Falle, daß sich subepitheliale Infiltrate mit rein perivaskulärem Charakter sowohl unter der Harnröhren- wie auch unter der präputialen Schleimhaut befanden, obgleich makroskopisch hier keine Veränderungen zu erkennen waren.

Über die ganze, mit Zylinderepithel bekleidete Schleimhaut verstreut finden sich noch einzelne Plattenepithelinseln, die bei der Strikturbildung eine große Rolle spielen. Die Frage, ob diese Inselchen Reaktionserscheinungen oder angeborene Anomalien sind, ist heute noch unentschieden, obgleich die zweite Ansicht, vertreten von HÜBNER und von CEDERCREUTZ, viel Wahrscheinlichkeit für sich hat.

Habe ich in der Einleitung nur die normale Anatomie der Harnröhre beschrieben, so werde ich bei der Beschreibung der Drüsen die pathologischen Befunde gleich hinzufügen. Im zweiten Abschnitt meiner Arbeit werde ich dann auf die pathologischen Veränderungen der Harnröhrenschleimhaut hinweisen.

ASCHOFF teilt die Drüsen nach den einzelnen Harnröhrenabschnitten ein. In der Pars prostatica sind zwei Partien: der obere Teil mit kleineren Ausstülpungen wie auch größeren und tieferen Drüsen, die zum größten Teil Schleimdrüsen darstellen. Der untere Teil wird von den Prostataausführungsgängen eingenommen. Ebenfalls enthält der Colliculus seminalis reichlich Drüsen. Das Epithel ist einfach zylindrisch, im Lumen sind des öfteren Corpora amylacea vorzufinden. Von der Pars membranacea ist nur der obere Teil mit Drüsen versehen.

Digitized by Google

Vom Bulbus an nehmen die Drüsen, die ebenfalls schleimigen Charakter aufweisen, bis zum Orficium externum an Zahl und Größe zu.

Eine besondere Stellung nehmen die Cowperschen Drüsen ein, die kurz vor dem Bulbus in die Harnröhre einmünden. Der Drüsenkörper hat ungefähr Erbsengröße und liegt in den Muskelfasern des Musculus perinei profundus eingebettet. Er ist meistenteils zweilappig, doch habe ich auch einen Fall von drei Drüsenlappen beobachtet. Das Auffinden der Drüsen macht anfangs Schwierigkeiten; später findet man sie leicht, wenn man die Harnröhre an der Hinterwand aufschneidet und dann 2—5 mm parallel der Schleimhautwand einschneidet. Ob das Präparat frisch oder gehärtet ist, spielt für das Auffinden der Drüsen kaum eine Rolle. Am frischen Präparat kann man noch die Palpation zu Hilfe nehmen.

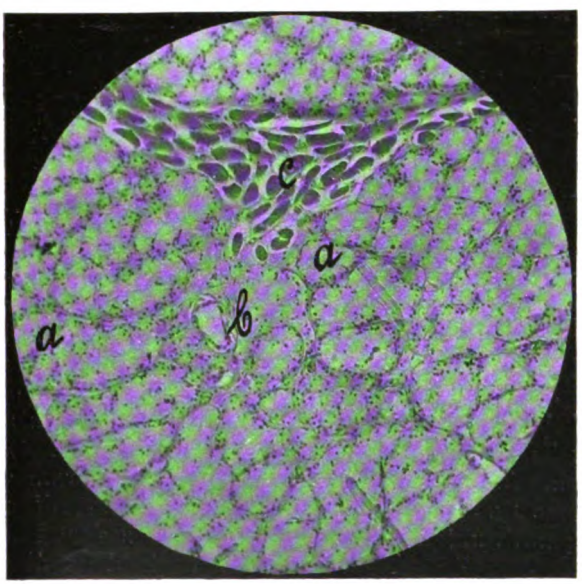


Abb. 1.

Die Drüsen haben zusammengesetzten, alveolo-tubulären Charakter. Ihre Endstücke bestehen aus hellen zylindrischen Drüsenzellen mit basal liegendem, rundem Kern (a, Abb. 1). Die kleineren Ausführungsgänge liegen zentral, während die größeren sich vereinigen und im eigenen perikanalikulären Bindegewebe (b) liegen. (Muskelfasern c.)

Über die Auskleidung der Ausführungsgänge bestehen noch verschiedene Ansichten. Rauber-Kopsch spricht nur von einem mehrschichtigen, niedrigen Zylinderepithel. Brack beschreibt in seiner Arbeit über Strikturen ein kubisches Epithel, das sich in ein plattes Epithel umwandeln kann eventuell mit nachfolgender Verhornung. Nach meiner Ansicht läßt sich ein einheitliches Bild von der Epithelauskleidung gar nicht geben. Die kleineren zentral gelegenen Drüsengänge waren zum größten Teil mit einem einschichtigen, platten Epithel ausgekleidet; zum Teil war

Digitized by Google

das Epithel dieser Gänge kubisch, und in ganz seltenen Fällen wies es zylindrischen Bau auf. Eine größere Gleichmäßigkeit konnte man in dem Epithel größerer Ausführungsgänge finden. Hier besteht zum größten Teil mehr zylindrisches (a), zum Teil mehr kubisches (b) Epithel, das in seiner Schleimhaut oder bis eben in das subepitheliale Gewebe kleinste Drüsenpakete (c) erkennen läßt (Abb. 2). Sollte man nun diese Umwandlung als pathologisch ansehen? Der azinöse Apparat war in den meisten Fällen intakt; es bestanden keine Infiltrate, noch waren Bindegewebsvermehrungen vorhanden, die auf eine durchgemachte Entzündung hinwiesen. Nach meiner Ansicht müßte man die Auskleidung der kleineren Gänge mit platten, einschichtigen Epithelien für normal ansehen. Anders mag es in den größeren Ausführungsgängen sein, wenn das Epithel in zwei-

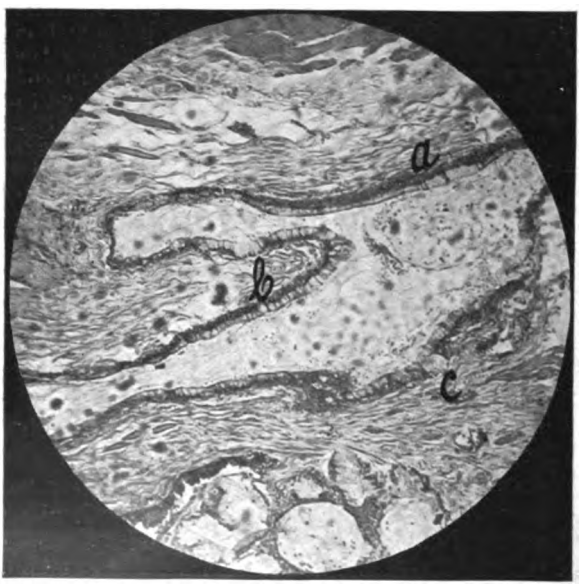


Abb. 2.

oder mehrschichtiges Plattenepithel umgewandelt worden ist. In vier Fällen fand ich bei diesen Veränderungen des Epithels der Ausführungsgänge Infiltrate, die zum Teil perikanalikulär, zum Teil in vermehrtem Bindegewebe (a) lagen. Der Drüsenkörper war in allen Fällen frei (Abb. 3). Eine Ausnahme würde einer meiner Fälle darstellen.

Es handelt sich um einen etwa 35jährigen, unbekannten Mann, der mit einer Zyankalivergiftung zur Sektion kam. Die Harnröhrenschleimhaut war im ganzen glatt, grauweiß und undurchsichtig; besondere Veränderungen fanden sich nicht. Die Cowperschen Drüsen wiesen makroskopisch keinen besonderen Befund auf. Sie waren erbsengroß und von mittelfester Konsistenz. Mikroskopisch fand sich nun folgendes Bild: Drüsen und Ausführungsgänge sind erhalten. Die kleineren Drüsengänge sind mit kubischem Epithel ausgekleidet, die größeren mit hohem Zylinderepithel. Die einzelnen Zylinderzellen sind glasig durchscheinend und erwecken den Eindruck, als wenn sie ihr Plasma entleert hätten. (Aschoff rechnet die Cowperschen Drüsen zu den Schleimdrüsen.) Perikanalikulär und vor allen Dingen im stark vermehrten Bindegewebe finden sich größere Infiltrate.

Digitized by Google

Es können also Entzündungsprozesse in diesen Drüsen lange unterhalten werden. Brack weist in seiner Arbeit gerade auf die Disposition der Cowperschen Drüsen hin und erklärt hiermit einen großen Teil der Strikturen der Pars membranacea.

Es ist natürlich nicht nötig, daß jede Entzündung der Cowperschen Drüsen zur Striktur führt; es kann restitutio ad integrum eintreten. In anderen, allerdings selteneren Fällen können sich Vereiterungen mit Abszessen und Durchbruch längs der Drüsen in das kavernöse Gewebe bilden, die dann zu einer Periurethritis mit all ihren Folgen führen.

Vom Bulbusteil bis zum Orficium ext. nehmen die Drüsen an Häufigkeit und Größe zu, und zwar nehmen sie vorwiegend die vordere und seitliche Harnröhrenwand ein.

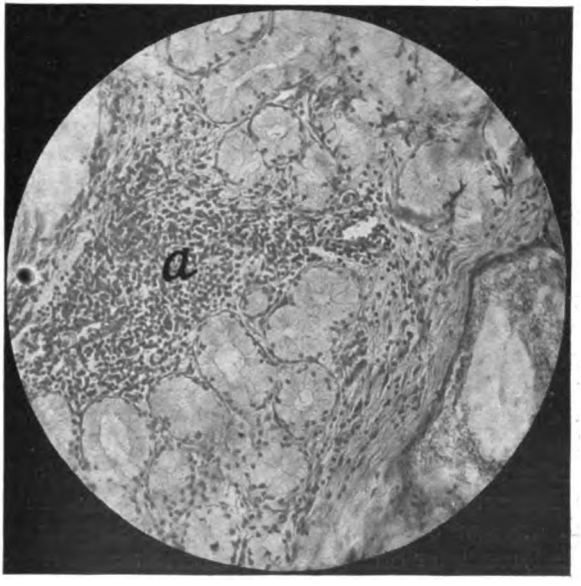


Abb. 3.

Overdieck unterscheidet zwei Formen: die oberflächlichen Drüsen und die Littréschen Drüsen. Die Littréschen Drüsen gehen nach Overdieck tief ins kavernöse Gewebe. Der Übergang von dem subepithelialen Gewebe in den Schwammkörper kennzeichnet sich an der Drüse oft daran, daß an dieser Stelle der Drüsengang in den eigentlichen Drüsenkörper übergeht. Das Epithel der Ausführungsgänge entspricht dem des Harnröhrenabschnittes, und es ist wesentlich, daß Veränderungen der Harnröhrenschleimhaut sich ohne weiteres auf diese Gänge fortsetzen.

Es kommt bei Entzündung im Drüsengebiet zu Desquamation, trüber Schwellung und Quellung des Epithels; die Drüsenlumina sind förmlich zugequollen. Subepithelial treten größere Infiltrate mononukleärer Rundzellen auf, die sich oft perivaskulär anordnen. Kommt es dann zur Um-

Digitized by Google

wandlung der Infiltrate zu Schwielengewebe, so können im Epithel Verhornungen auftreten. Sind starke Infiltrate vorhanden, so fallen makroskopisch die Drüsenöffnungen als prominierende Punkte in der Schleimhaut auf. In gar nicht seltenen Fällen sieht man mikroskopische Bilder, wo nur Infiltrate, und zwar in größter Form perikanalikulär liegen, während unter der Harnröhrenschleimhaut nur noch Reste von Infiltraten nachweisbar sind. Der folgende Fall kennzeichnet diesen Befund sehr charakteristisch.

Es handelte sich um einen 50jährigen Mann mit der Todesursache Myofibrosis cordis.

Genitalbefund: Starke Kontraktion der Blase und Prostatahypertrophie. Die Harnröhre weist oberhalb des Orificium ext. eine Verengung von 2,5 mm Weite und 7,5 mm Länge auf. Die Schleimhaut zeigt in diesem Bezirk keine Veränderungen. 15,5 cm vom Orificium ext. wiederum eine Verengung von 15 mm Länge und 4 mm Weite. Die Schleimhaut ist in diesem Bereich auf den Längsfalten verdickt; oberhalb dieser Stelle milchig getrübt und verdickt.

Die mikroskopische Untersuchung dieser beiden Verengungen ergab folgendes Bild: Unter verdicktem Plattenepithel fallen die Drüsengänge durch ihr mächtiges subepitheliales Infiltrat auf. Das Epithel ist zum Teil derart desquamiert und gequollen, daß das Lumen kaum noch zu erkennen ist. Die stark infiltrierten Drüsengänge bieten in diesem Falle das Bild von Einschmelzungsherden. Das subepitheliale Bindegewebe der Schleimhaut weist nur eine geringfügige Infiltration auf, ist aber stark verbreitert.

Der eben beschriebene Befund ist also ein Beweis dafür, daß gerade die Drüsen Herde darstellen, von welchen aus Entzündungsprozesse unterhalten werden können. Zu erwähnen ist noch, daß der eigentliche Drüsenkörper meistens frei ist. Die Entzündung hört mit Übergang in den Drüsenkörper auf, d. h. also an der Grenze vom subepithelialen Gewebe zum kavernösen Gewebe (Finger). Erfolgt eine Verstopfung des Lumens der Ausführungsgänge, so kommt es zu falschen Abszessen (Kaufmann), die aber die Gefahr in sich bergen, ins kavernöse Gewebe durchzubrechen und dann zu einer Periurethritis zu führen. In günstigeren Fällen kann es zur Perforation und anschließender Fistelbildung kommen. Sind größere Einschmelzungsherde vorhanden gewesen, so muß sich unbedingt durch die starke Narbenwucherung eine Striktur bilden. Brack führt einen Fall multipler Strikturen auf Erkrankung der Drüsen zurück. Es ist natürlich verlockend, die Littréschen Drüsen in diesem Punkte den Cowperschen Drüsen gleichzustellen, zumal doch die akuten, subakuten und chronischen Entzündungsprozesse an jenen Stellen zur Hauptsache lokalisiert sind. Ist aber erst einmal eine Striktur vorhanden, dann läßt das subepitheliale Bindegewebe oft keine Drüse mehr erkennen, und der Primärherd ist auch verschwunden. Ich habe unter den von mir gefundenen Strikturen eine größere Anzahl, die auf der vorderen Harnröhrenwand stärker als auf der Hinterwand ausgebildet sind. Da hier die Drüsen zur Hauptsache lokalisiert sind, lassen sich die Strikturen sehr gut von Entzündungen derselben ableiten. Als Gegenstück zu dem eben beschriebenen Falle möchte ich hier noch einen Fall mitteilen.

Es handelt sich um die Sektion des Arbeiters T. mit der Todesursache Kokainvergiftung. Die Schleimhaut der Harnröhre ist in toto verdickt und milchig getrübt. Die Verdickung tritt besonders an den Längsfalten hervor. 10 cm vom Orficium externum besteht ein rechtwinkliger, nach oben offener, 7 : 3 messender Schleimhautwulst. In den untersten 6 cm ist die Schleimhaut rötlich gefärbt. Bei der mikroskopischen Untersuchung ergibt sich, daß in diesem Bezirk die Schleimhaut von Plattenepithel gebildet

Digitized by Google

ist; subepithelial bestehen große Infiltrate aus Plasmazellen, Lymphozyten und spindelförmigen Bindegewebszellen. Ein Drüsengang ist vollständig erhalten (a), sein Epithel läßt den zylindrischen Bau (b) gut erkennen. Im subepithelialen Bindegewebe besteht nur längs der einen Seite ein mittelgroßes Infiltrat (c, Abb. 4).

Auffällig ist hierbei, daß der Drüsenapparat fast vollständig intakt geblieben ist, während an der Harnröhrenschleimhaut und ihrem submukösen Gewebe größere Veränderungen bestehen. Es scheint also, daß die frischeren Prozesse die Drüsen intakt lassen, während fast abgeklungene Prozesse an der Harnröhrenschleimhaut größere Veränderungen an den Drüsen noch erkennen lassen.

Jede Veränderung an den Drüsen setzt also voraus, daß Prozesse an der Schleimhaut sich abgespielt haben, die je nach ihrem Stadium makro-

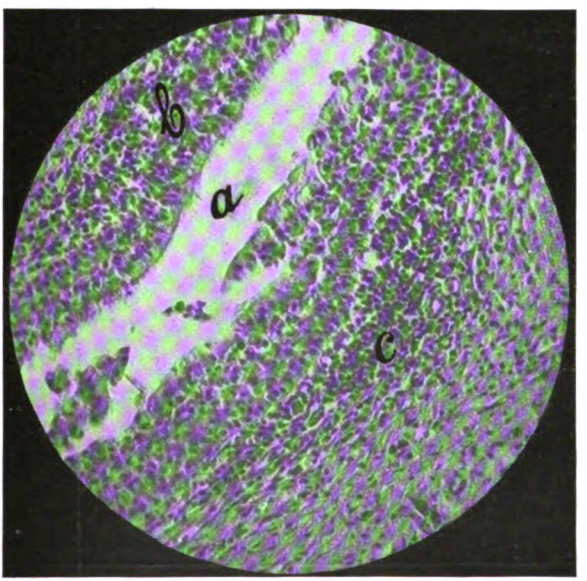


Abb. 4.

skopisch wie mikroskopisch verschiedene Bilder bieten. Auf diese Veränderungen werde ich nun im folgenden Abschnitt näher eingehen.

Ich habe in einer Reihe von Fällen Harnröhren untersucht, die makroskopisch fast als unverändert gelten konnten, während die mikroskopischen Befunde sehr interessante Bilder boten. Als Beispiel führe ich den Fall J. an, der mit der Todesursache Erhängen zur Sektion kam.

Die Harnröhre war in ihrem kavernösen Teil leicht verdickt und undurchsichtig. Die Lumina der Littréschen Drüsen klaffen. Ist der makroskopische Befund fast als normal zu bezeichnen, so stellen sich bei der histologischen Untersuchung größere Veränderungen heraus. Die Schleimhaut ist teilweise mazeriert, läßt aber Plattenepithel noch erkennen. Subepithelial bis tief ins kavernöse Gewebe hinein bestehen riesige Infiltrate, die sich an einzelnen Stellen zu Abszessen anordnen. In den Gefäßen Thromben mit Diplokokken, die in ihrer Form sehr den Gonokokken gleichen, sich jedoch als grampositiv erweisen.

Digitized by Google

Dieselben Kokkenformen finden sich im subepithelialen Gewebe. Das Zellinfiltrat setzt sich zum größten Teil aus mononukleären Zellen mit schmalem Plasmahof und Plasmazellen zusammen, während polynukleäre nur vereinzelt vorhanden sind. Um die Drüsengänge subepitheliale Infiltrate.

In allen diesen Fällen bestanden die Schleimhautveränderungen, soweit man überhaupt von ihnen reden konnte, aus leichten Verdickungen. Das Epithel war undurchsichtig und milchig gefärbt. In einem Fall bestanden die diffusen Schleimhautverdickungen aus Plattenepithel, das aber kein verbreitetes Korion erkennen ließ (DITTEL). Auch hier waren subepitheliale Infiltrate vorhanden, die sich teilweise zu Abszessen entwickelt hatten. Um die Drüsengänge ebenfalls Infiltrate. Das Epithel befand sich im Zustande der Desquamation.

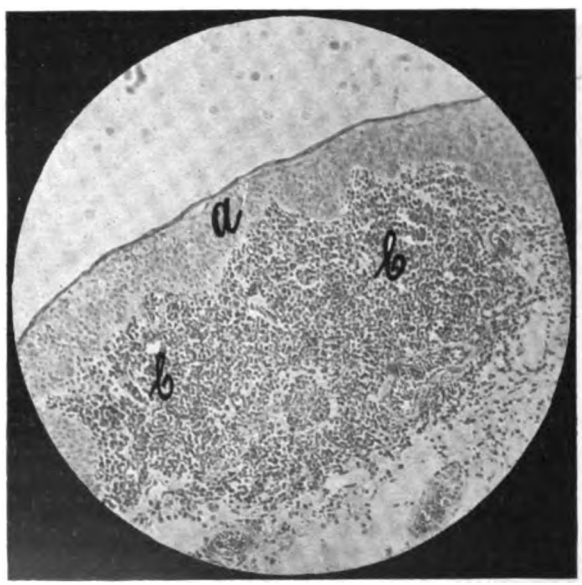


Abb. 5.

Es ist nun nicht gesagt, daß alle Schleimhautverdickungen, wie ich sie in den letzten Bildern geschildert habe, mikroskopische Befunde bieten müssen. Die Ansicht DITTELS, daß alle diffusen Schleimhautverdickungen aus Plattenepithel bestehen, kann ich nach meinen Befunden nicht teilen; denn in einzelnen Fällen fand ich in diesem Zustande ein wohlerhaltenes Zylinderepithel, dessen subepitheliales Gewebe und Drüsen keine Veränderungen aufwiesen.

Frische Granulation habe ich bei meinem Sektionsmaterial nur zweimal sehen können. Wie weit dies auf Zufall beruht, oder wie weit DITTELS Auffassung hier zutrifft, daß dieses Gewebe postmortal einen Kollaps erleidet, lasse ich dahingestellt.

Der erste Fall war ein 28jähriger junger Mann, der am 9. V. 1924 zur Sektion kam. Der Tod war hier durch Erhängen erfolgt. Der Genitalbefund lautet:

Digitized by Google

In dem hinteren Teil der Pars cavernosa finden sich 9—11 cm vom Orificium ext. entfernt fünf 1—4 cm lange und bis 2 mm breite Schleimhautwulste, die griesige Beläge von gelbweißer Farbe aufweisen; zum Teil werden diese Falten von normaler Schleimhaut unterbrochen. Die übrige Schleimhaut ist glatt und intakt, nur im vorderen Teil der Fossa navicularis befinden sich drei stecknadelkopfgroße, mit unterminierten Rändern versehene Schleimhautdefekte. Der Grund ist mit schleimigen, eitrigen Massen bedeckt. Die mikroskopische Untersuchung ergab folgende Bilder, die ich der Anschaulichkeit wegen photographisch wiedergebe (Abb.). (Der Schnitt stammt aus den Ausläufern der Erhabenheiten.)

Unter nicht verbreitertem, in den obersten Schichten verhorntem Epithel (a) befinden sich große mononukleäre Rundzelleninfiltrate, die sich perivaskulär (b) anordnen (Abb. 5).

In Abb. 6 (aus dem Geschwürsbezirk der Fossa navicularis entnommen) ist das Epithel an der einen Seite gut erhalten (a), während die andere Seite vom Epithel ent-

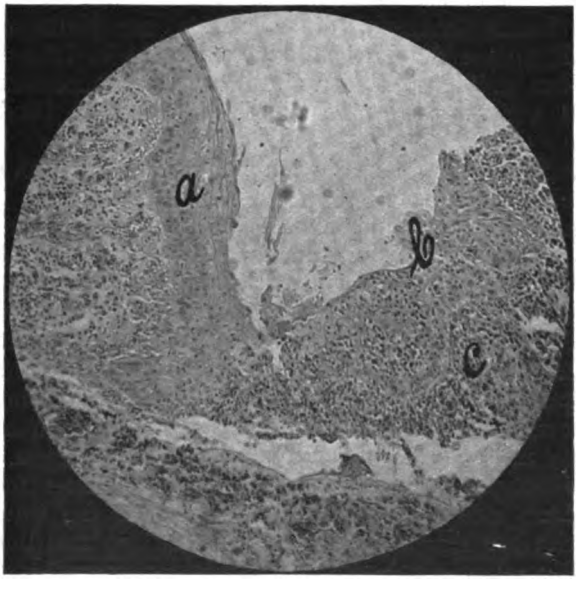


Abb. 6.

blößt ist (b) und im subepithelialen wie auch kavernösen Gewebe eine stärkere Rundzelleninfiltration aufweist (c).

Im zweiten Falle sind außer diesen frischeren Veränderungen ältere Residuen einer Entzündung vorhanden. Es war dieses die Sektion eines etwa 50 Jahre alten Mannes, bei dem der Tod durch Ertrinken erfolgt war.

Es besteht eine ringförmige Striktur der Harnröhre von 4,5 mm Weite, 5 cm von der Crista urethralis entfernt. Die Schleimhaut weist oberhalb und unterhalb dieser Verengung drei schmierig belegte Schleimhautwulste auf, die 2,6 cm oberhalb der Striktur zu einem Knoten zusammenlaufen. Unterhalb dieser Striktur gehen die Falten in eine ringförmige Striktur von 4 mm Weite über.

Das mikroskopische Präparat bietet folgenden Befund. Der Schnitt ist aus der Gegend der ersten Striktur entnommen. Das Plattenepithel läßt seine Striktur gut erkennen. Die Ersatzzellenschicht ist verbreitert und in den obersten Schichten verhornt. Das Epithel dringt zapfenartig ins infiltrierte, subepitheliale Gewebe ein; an einer Stelle ist es zu Abszeßbildung gekommen. Während in diesem Bereich kein Drüsenaus-

Digitized by Google

führungsgang mehr zu erkennen ist, treten in einem etwas oberhalb der Strikturstelle entnommenen Schnitt guterhaltene, allerdings mit subepithelialem Infiltrat versehene Drüsenausführungsgänge wieder auf.

Je größer nun die Infiltrate, um so weniger ist eine Restitutio ad integrum möglich. Kleine perivaskuläre Infiltrate, wie sie im vorletzten Falle deutlich zu erkennen waren, werden durch Resorption zur Verheilung gebracht. Treten Geschwüre und Abszesse auf, so muß der Defekt unbedingt durch Bindegewebe gedeckt werden. Eine besondere Komplikation stellen diejenigen Infiltrate dar, die sich unter Plattenepithelinseln finden und bekanntlich nur sehr schwer in Resorption übergehen. Das Infiltrat wird durch ein Schwielengewebe ersetzt, und das schon vorhandene Plattenepithel führt durch Prosoplasie (Schridde) zu wulstigen Vorragungen in das Lumen. In anderen Fällen kann es zur Abstoßung der Inseln kommen, die ebenfalls zur Narbenbildung führt (Schmaus). Entstehen die Narbenbildungen nicht in Längsrichtung und nehmen sie den größten Teil der zirkulären Harnröhrenwand ein, dann kommt es bei tief ins kavernöse Gewebe reichendem Bindegewebe zur Striktur.

Im folgenden Abschnitt werde ich mit wenigen Worten auf die Frage der Striktur eingehen.

Die Arten der Strikturen können sehr mannigfaltig sein; man unterscheidet hier einfache, doppelte und multiple Strikturen. Der größte Teil fällt nach Christen den einfachen Strikturen zu. Er hat sie in 85% angetroffen, während der Rest zu gleichen Teilen von doppelten und multiplen Strikturen bestritten wird. Der Form nach unterscheidet man flache, oberflächliche, maschenförmige, ringförmige, zylindrische und knotige Strikturen. Für den Sitz der Strikturen kommt in erster Linie die Pars membranacea (siehe Cowpersche Drüsen), dann aber auch die Pars cavernosa in Frage. Man kann im allgemeinen sagen, daß der Sitz der Ätiologie entspricht. Die Pars membranacea zeigt für die gonorrhoische Striktur eine Disposition, ebenso finden die traumatisch entstandenen Strikturen durch die Lage der Harnröhre zum Beckenring ihre Erklärung. Die seltenen tuberkulösen Strikturen ergreifen von der Prostata oder auch nach Kaufmann von den Cowperschen Drüsen ausgehend den entsprechenden Harnröhrenteil, während die luetischen Strikturen zum größten Teil die Pars pendula einnehmen, zuweilen indem sie sich direkt in anfänglichen Geschwürsformen vom Orificium ext. kontinuierlich fortsetzen. Eine unwesentliche Rolle spielen noch die kongenitalen Strikturen, die nach C. Kaufmann je nach ihrem Sitz eingeteilt werden. Er unterscheidet vier Arten, von denen nur diejenigen am Orificium ext. und am Samenhügel von etwas größerem Interesse sind. Andere Einteilungen der Strikturen, wie sie z. B. von Neuhaus und Dittel gegeben sind, entsprechen mehr klinischen Tatsachen und sind vom pathologisch-anatomischen Standpunkte aus daher nicht zu verwerten.

Makroskopisch bieten diese Harnröhren die bekannten instruktiven Bilder. Das folgende Präparat stammt von der Sektion des durch Erhängen verstorbenen Koppelknechtes J., der am 10. V. 1924 hier zur Sektion kam.

Genitalbefund: 12,5 cm vom Orificium ext. entfernt beginnt die Striktur mit einer Weite von 2,5 mm und einer Länge von 8 mm; doch ist der weitere Zentimeter eben-

Digitized by Google

falls noch verengt. Die hintere Grenze ist durch einen kleinen Schleimhautwulst im queren Verlauf gekennzeichnet. 2 mm höher und diesem Wulst gegenüber führt ein Gang von weißlichgrauer Schleimhaut ausgekleidet 7 mm weit ins periurethrale Gewebe und endigt hier in einer kleinen Höhle. Im Strikturbezirk ist die Schleimhaut verdickt und zeigt ein sehnig glänzendes Aussehen. Der umliegende Bulbusteil ist in den Narbenprozeß eingezogen. Die kavernöse Struktur ist nicht zu erkennen. Im Bereich der hinteren Strikturgrenze ist die Schleimhaut braunrot gefärbt; zwei Längsfalten sind hier sehnig verdickt.

Das mikroskopische Bild ergab den typischen Befund der Striktur. Auf stark vermehrtem subepithelialem Bindegewebe (a) ruht ein Plattenepithel (b), das die Basalzellenschicht (c) gut erkennen läßt; die Ersatzzellen (d) sind verbreitert und zeigen netzförmigen Bau. Die obersten Epithelschichten (e) sind verhornt. Subepithelial sind keine Infiltrate vorhanden, ebenfalls vermißt man die Drüsenausführungsgänge (Abb. 7).

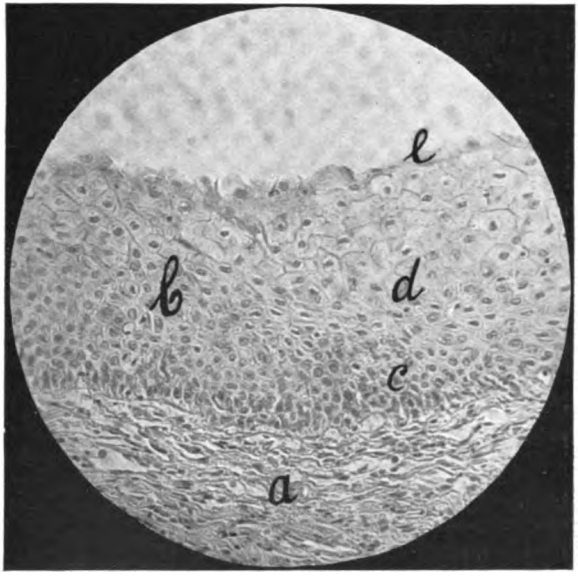


Abb. 7.

Neelsen fand in derartigem Schwielengewebe zuweilen hypertrophische Drüsengänge, die er als Vorstadien der Atrophie betrachtete. Interessant ist, daß es nicht nur im eigentlichen Strikturbezirk zur Atrophie der Drüsen kommt, sondern daß auch in der nächsten Umgebung dieser Partien atrophische Formen gefunden werden (Abb. 7).

Zum Schluß möchte ich kurz auf die Frage der Periurethritis eingehen. Ich habe bereits erwähnt, daß sich derartige Folgezustände nach Perforation von Cowperschen und Littréschen Drüsen ausbilden können. Aber Englisch weist auf Fälle hin, in denen die Durchlässigkeit der chronisch entzündeten Schleimhaut zu denselben Erscheinungen geführt hat. Kommt es dann noch zu leichtem Trauma der Schleimhaut, so ist die Möglichkeit einer Abszeßbildung und Durchbruch in das periurethrale Gewebe um so eher gegeben. C. Kaufmann beschreibt ausführlich diese Erscheinung bei einer Verletzung der Harnröhre. Die Wunde wird infi-

Digitized by Google

ziert, und da sie im Bereich des Beckenknochens liegt, entwickelt sich ein periurethraler Quetschungsherd. So entstehen die gefürchteten Dammphlegmonen, die zu Allgemeininfektionen des Körpers führen (BRACK). Der Urin soll durch sein Andringen die Zirkulationsstörungen noch erhöhen und dadurch eine Nekrose bilden. Hinzuzufügen sind in diesem Abschnitt die Periurethriden, die durch falsche Wege erzeugt werden. In seltenen Fällen bleibt dann die Allgemeininfektion des Körpers aus. Im folgenden Fall waren die falschen Wege durch selbständigen Katherismus des Mannes erfolgt.

Das folgende mikroskopische Bild zeigt in ausgezeichneter Weise einen falschen Weg.

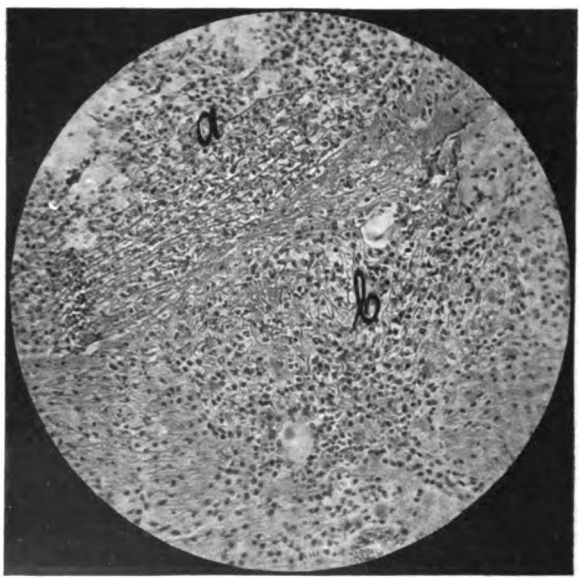


Abb. 8.

Die zerfetzte Wandung ist mit Resten von epithelialem Gewebe bekleidet (a). Mukosa und Submukosa sind bis weit ins kavernöse Gewebe hinein stark infiltriert (b). Von dem infiltrierten periurethralen Gewebe hat sich der Prozeß über den Körper ausgebreitet und zu einer Sepsis mit letalem Ausgange geführt (Abb. 8).

Zusammenfassung.

1. Im Gegensatz zur Häufigkeit der Gonorrhoe findet man nur selten Veränderungen an der Harnröhrenschleimhaut.

2. Die Auskleidung der kleineren Ausführungsgänge der COWPERschen Drüsen besteht aus plattem und kubischem Epithel, der größeren Ausführungsgänge aus kubischem Epithel.

3. Bei den größeren Ausführungsgängen finden sich oft bis eben unter das Epithel reichende Drüschen.

4. Von den Drüsen werden die Entzündungsprozesse lange unterhalten.

Digitized by Google

5. An den Cowper- wie Littréschen Drüsen spielen sich die Entzündungsprozesse zur Hauptsache um die Drüsenausführungsgänge ab.

6. Akute Prozesse lassen die Drüsen fast frei, während chronische Prozesse zur Hauptsache an den Drüsen lokalisiert sind.

Literatur.

Aschoff (Simmonds), Patholog. Anatomie. — Aschoff, Virch. Arch. — Birch-Hirschfeld, Patholog. Anatomie. — Brack, Virch. Arch. — Christen, Zbl. f. Harn- u. Sexualorg., Bd. 14. — Cohn, D. m. W. — Dittel, Deutsche Chirurg., Bd. 49. — Ehrlich, Beitr. z. klin. Chir., 1907, Bd. 49, Nr. 1. — Englisch, Zbl. f. Harn- u. Sexualorg., Bd. 8. — Escat, Zbl. f. Harn- u. Sexualorg., Bd. 16. — Finger, Arch. f. Derm., 1891. — Heresen, Zbl. f. Chir., 1906. — Hottinger, Zbl. f. Harn- u. Sexualorg., Bd. 8. — Hübner, Frankf. Zschr. f. Path. — E. Joseph, Ergebn. d. ges. Medizin., 1921. — C. Kaufmann, Arch. f. Chir., Bd. 50. — E. Kaufmann, Lehrbuch d. spez. pathol. Anatomie, 1922. — Klebs, Handbuch d. pathol. Anatomie, 1876. — Lenhartz, M. m. W., 1901, Bd. 25. — Neelsen, Arch. f. Derm., 1887. — Neuhaus, B. kl. W., 1905. — Overdieck, Epithel d. Drüsen d. Harnbl. u. Harnröhre, Göttingen 1887. — Orth, Pathol.-anatom. Diagnostik, 1917. — Posner, Virch. Arch., Bd. 118. — Rauber-Kopsch, Lehrbuch d. Anatomie. — Riecke (v. Bruhns), Lehrbuch f. Haut- u. Geschlechtskrkh. — Rost, Zschr. f. Urol., 1910. — Schmaus-Herxheimer, Grundr. d. pathol. Anatomie. — Schmidt, Beitr. f. klin. Chir., Bd. 45. — Stieda, Arch. f. klin. Chir., Bd. 77. — Stolper, Zschr. f. deutsche Chir., Bd. 77. — Vajda, W. m. W., Nr. 31.

Gustav Behrend

Am 27. April d. J. verstarb im Alter von 79 Jahren Gustav Behrend, den Jüngeren kaum noch dem Namen nach bekannt, von den Älteren schon lange zu den Toten geworfen, ein Schicksal, das er sicher nicht verdiente, an dem er selbst aber vielleicht nicht ganz schuldlos gewesen ist.

Zu einer Zeit, da die Zahl der Dermatologen in Berlin nur einen verschwindenden Bruchteil der heutigen ausmachte, da aber jeder von ihnen als Persönlichkeit eigener Art gewertet wurde, gelang es ihm, sich vom einfachen praktischen Arzte zu einer anerkannten Autorität seines Faches heraufzuarbeiten und seinem Namen nicht nur in seiner Heimat, sondern auch im Auslande Anerkennung zu verschaffen. Geboren am 10. Januar 1847 in Neustettin, wo er auch seine letzten Jahre verlebte und jetzt verstorben ist, ließ er sich 1872 in Berlin nieder, habilitierte sich 1881 als Privatdozent für Dermatologie und Syphilis, wurde 1891 leitender Arzt der Station für Geschlechtskranke im Städtischen Obdach und erhielt 1897 den Professortitel. Von seinen Arbeiten ist besonders das Lehrbuch der Hautkrankheiten hervorzuheben, das, auf den Lehren der Wiener Schule fußend, in klarer und übersichtlicher Weise über den damaligen Stand der Dermatologie unterrichtete und vieles auch heute noch Lesenswerte enthält. Seine therapeutischen Bestrebungen hielten sich stets auf der hier gegebenen Grundlage einer vorsichtig abwägenden, konservativen Richtung; Neuerungen stand er skeptisch gegenüber und bekämpfte sie scharf, wenn sie ihm nicht genügend begründet zu sein schienen. Dafür war ein Beweis sein im Jahre 1898 in der Berliner Medizinischen Gesellschaft gehaltener Vortrag über die Wirkung des Protargols, der dem Enthusiasmus für dieses Mittel entgegentrat, und zwar, wie die Erfahrungen der späteren Zeit und die vielen seitdem aufgetauchten Gonorrhoemittel zeigten, nicht ganz mit Unrecht. Unter seinen vielen, die verschiedensten Gebiete der Dermatologie betreffenden Arbeiten sind die über Haarerkrankungen sowie die über Arzneiausschläge hervorzuheben, die grundlegend geworden sind. Den vakzinalen Hautausschlägen widmete er sein Interesse, ebenso wie in langjähriger Tätigkeit als städtischer Impfarzt dem gesamten Impfwesen; so nahm er in hervorragender Weise an der im Jahre 1896 zu Ehren der Hundertjahrfeier der Entdeckung Jenners veranstalteten Ausstellung teil, zu der er aus eigenem Be-

Digitized by Google

sitze vieles beisteuerte und einen historischen Rückblick über Variolation veröffentlichte. Auf die Elektrolyse als Behandlungsmittel wies er als einer der Ersten in Deutschland hin. Schon frühzeitig beleuchtete er die Verhältnisse der kongenitalen Syphilis in mehreren Veröffentlichungen; zu der Syphilis der Erwachsenen beschrieb er das seltene Bild der Syphilis haemorrhagica.

Vortreffliches leistete Behrend bei der Einrichtung der Krankenstation für Prostituierte, die in einem denkbar ungünstigen und gerade für derartige Kranke durchaus ungeeigneten Hause untergebracht, doch von ihm zu einer zweckmäßig funktionierenden Anstalt ausgebaut wurde. Hier wurden methodische Schmierkuren in ausgedehntem Maße unermüdlich durchgeführt und bei der Gonorrhoebehandlung Ansätze zu der Pulver-Trockenbehandlung gemacht, die später große Bedeutung gewann. Seine Erfahrungen über die Behandlung und Heilbarkeit des Trippers der Prostituierten legte er in einem 1898 in der Berliner Medizinischen Gesellschaft gehaltenen Vortrage nieder, in dem er den klinischen Grundlagen gegenüber dem schwankenden Gonokokkenbefunde (er hatte systematische Gonokokkenuntersuchungen auf der Krankenstation eingeführt, während solche seitens der Sittenpolizei noch nicht vorgenommen wurden) den ausschlaggebenden Wert beimaß. An diesen Vortrag schloß sich eine erregte Diskussion an; wenn auch die Form seiner Ausführungen Widerspruch hervorrief, so läßt sich doch nicht bestreiten, daß er insofern Recht hatte, als es sich späterhin immer mehr als unmöglich herausstellte, Prostituierte so lange im Krankenhause zu halten, bis die Gonokokken mit absoluter Sicherheit geschwunden sind.

Behrend war ein Dermatologe von hervorragenden diagnostischen Fähigkeiten und einem reichen Wissen der Weltliteratur. Wenn er trotzdem nicht die Stellung erlangte, die ihm vielleicht gebührt hätte, so mag das nicht zum geringsten Teil mit Eigentümlichkeiten seines Wesens zusammengehangen haben. Aus kleinsten Verhältnissen hervorgegangen und von Sorgen um das tägliche Brot nicht verschont, zudem infolge einer hochgradigen Kurzsichtigkeit im täglichen Verkehr unsicher und zu Mißtrauen geneigt, hatte er nicht das Talent, sich Freunde zu machen, und erschwerte denen, die ihm nahe standen, oft das Zusammenarbeiten mit ihm. Das sollte aber kein Grund sein, ihm einen ehrenden Platz in der Dermatologie vorzuenthalten, wie es auch die, die das Glück hatten, von ihm zu lernen, nicht abhalten wird, seiner stets in Dankbarkeit und Verehrung zu gedenken.

Ernst Levin-Berlin.

Referatenteil

redigiert von Dr. Marie Unna, Hamburg-Bergedorf.

Fachzeitschriften.

Journal d'Urologie.

1924, Bd. 18, Nr. 5.

100 Fälle von Nephrektomie wegen Nierentuberkulose (Cent cas de néphrectomie pour tuberculose rénale), von A. Hogge-Lüttich. S. 361. Die Prognose der Nephrektomien hängt, abgesehen von der operativen Technik, von dem Zustand der zurückgelassenen Niere ab, so daß man je nachdem mit einer völligen Heilung oder auch nur mit einer lokalen oder allgemeinen Besserung und Verlängerung des Lebens rechnen kann. Von den 100 Fällen des Verf. waren 44 Männer und 56 Frauen. Die überwiegende Zahl der Kranken befand sich im 3. und 4. Lebensjahrzehnt, eine große Anzahl hatte tuberkulöse Antezedentien. Die Diagnose beruhte auf dem Nachweis der Tuberkelbazillen im Urin oder auf dem Tierexperiment, selten wurden die Kuti- oder Ophthalmoreaktion, nie der Antigennachweis im Harn angewandt. Selbstverständlich funktionelle Diagnostik und Bestimmung der Ambardschen Konstante, deren Wert freilich meist überschätzt wird. Bei schwerkranker Blase pflegen sich die Beschwerden nach der Nephrektomie zu bessern, wenn sie auch nur selten ganz verschwinden. Vorgehen: meist extrakapsulär auf Lumbal- oder Paralumbalweg. Bei 59 Fällen konnte auch die

Digitized by Google

andere Niere genau untersucht werden: sie war nur in 9 Fällen wirklich gesund. Resultate: absolute Heilungen 56, Besserungen, relative Heilungen 37, innerhalb des ersten Monats Tod 7, ein Todesfall an Chok und Herzschwäche.

Über 3 Fälle von partieller Hydronephrosis calculosa (A propos de trois cas d'hydronéphrose partielle calculeuse), von T. Lucri. S. 373. Bericht über 3 Fälle, bei denen die hydronephrotische Ausweitung nur einiger Kalizes durch Steinbildung zustandegekommen war. Instruktive Röntgenogramme, Zeichnungen und Schemata. Besprechung der Ätiologie, pathologischen Anatomie und Diagnostik ohne Besonderheiten. Behandlung: in sehr ausgedehnten Fällen mit vorgeschrittener Zerstörung des Nierengewebes Nephrektomie. Bei Erhaltensein der Funktionstüchtigkeit der Niere Entfernung des oder der Steine. Vielleicht dürfte unter gewissen Umständen auch an die Resektion der hydronephrotischen Tasche zu denken sein.

Syphilis der Blase (Syphilis de la vessie), von J. de Gouvéa-Rio de Janeiro. S. 388. Ausführliche Beschreibung von 9 Fällen von Blasensyphilis. Gute Abbildungen. Sie trat teils in Form von Gummen mit und ohne Ulzerationen, bisweilen inkrustiert, teils papillomatös, teils mit Leukoplakie in Erscheinung. Die Symptome waren die der Zystitis, meist Pollakiurie. Für die Behandlung kommen besonders Jod und Salvarsan in Betracht.

Hydronephrose einer Hälfte einer Hufeisenniere, gefüllt mit kleinen weichen, fettigen, fäzesartigen Steinen (Hydronéphrose d'une moitié d'un rein en fer à cheval, remplie de petits calculs mous, graisseux, d'aspect fécaloide), von Rochet und Patel-Lyon. S. 396. Die Überschrift gibt den wesentlichen Befund an. Die unteren Pole der unvollständigen Hufeisenniere waren durch fibröse Verwachsungen verbunden, Gefäßversorgung usw. für beide Seiten getrennt. Vollkommene Heilung der 15jähr. Pat. nach der Entfernung der kranken Hälfte.

Über ein primäres Sarkom der Blase (A propos d'un sarcome primitif de la vessie), von G. Cirillo, Univ. Neapel. S. 400. 38jähr. Mann mit Urinbeschwerden und Hämaturien. Zystoskopisch in der Gegend der Ureterenmündungen ein papillomatöser gestielter Tumor, der mittels Sectio alta entfernt wird und dessen histologische Untersuchung ein parviglobozelluläres Sarkom ergibt. Nach zwei Monaten Rezidiv, dem der Pat. binnen kurzem erlag. Die Prognose ist in solchen Fällen immer ernst, die histologische Untersuchung auch anscheinend gutartiger Tumoren darf nie unterlassen werden.

Perineoskrotale Hypospadie bei einem 20jährigen Manne, Radikaloperation nach der Duplayschen Methode mit der Notwendigkeit, einen Urethrateil in der Eichel zu schaffen (Hypospadias périnéo-scrotal chez un homme de vingt ans. Cure radicale par la méthode de Duplay. Nécessité de créer un urètre balanique), von E. Jeanbrau. S. 405. Ausführliche Beschreibung mit vier Bildern. E. Sklarz-Berlin.

1924, Bd. 18, Nr. 6.

Über Nierennekrose (Sur la nécrose du rein), von E. Falci-Paris. S. 449. Die Nierennekrose entsteht auf einen Niereninfarkt hin, meist infolge einer Erkrankung des Herz- und Gefäßsystems, selten nach Infektionskrankheiten wie Scharlach oder Diphtherie oder infolge retrograder Embolie. Die Symptomatologie ist nicht fest umrissen; dafür sprechen plötzliches und heftiges Auftreten der in der Nierengegend lokalisierten Schmerzen, die meist nicht ausstrahlen und häufig bald vorübergehen. Diese Symptome werden überdauert von der Albuminurie. Hinweise für die an sich schwere Diagnose wird auch die Anamnese geben: Herzfehler, Rheumatismus usw. Die Prognose ist sehr schlecht. Die Therapie kann bei einseitiger Nekrose nur in Nephrektomie bestehen.

Behandlung der blennorrhoischen Samenblasenentzündung mittels Diathermie (Traitement des vésiculites gonococciques par la diathermie), von E. Roucayrol-Paris. S. 466. Bericht über 14 Fälle, die teils nur mit Diathermie, teils mit den sonst üblichen Methoden behandelt worden waren. Die Erfolge waren gut. Zahl der Sitzungen 4—15, Temperatur 45°, Dauer jeder derselben mindestens 20 Minuten. Urethralthermophor oder, wenn er schlecht vertragen wird, Rektalsonde. Am Schlusse der Behandlung Spermakultur, die gegebenenfalls mehrmals ausgeführt werden soll.

Seltene Fremdkörper in der Blase (Corps étrangers rares de la vessie), von G. Marinescu-Bukarest. S. 470. 1. 10 cm langes Stück einer Wachskerze, die sich ein Pat. eingeführt hatte, um eine Retention zu beheben. Entfernung ohne Komplikationen durch Sectio alta. 2. 39jähr. Pat. Miktionsbeschwerden, bisweilen blutiger Urin. Zystoskopisch ein zystitischer Herd am Blasenscheitel mit kleinen Polypen. An der anterolateralen Wand ein ähnlicher, nur größerer Herd mit kleinen Polypen, die sich um einen

Digitized by Google

größeren gruppieren. Elektrokoagulation der kleinen Polypen. Nach 8 Tagen findet sich nur noch der größere vor, der sich bei Berührung mit der Sonde loslöst. 8 Tage später Schmerzen in der Harnröhre. Zystoskop passiert nicht. Entfernung eines Sequesters aus der Urethra, der die Größe eines Mahlzahnes aufweist und aus dem Os pubis stammt. Glatte Heilung.

Fibroadenom der Blase (Fibro-adénome de la vessie), von Uteau. S. 472. 63jähr. Mann mit Hämaturien. Mittels Sectio alta wird ohne Schwierigkeiten ein Tumor aus der rechten Seite der Blasenwand exstirpiert, der mehr eingepflanzt als gestielt erscheint und sich bei der histologischen Untersuchung als ein Fibroadenom erweist. Die glandulären Elemente weisen mehr einen Sammelröhren- als Sekretionscharakter auf. Diese Art Tumoren ist selten. Es läßt sich nicht mit Sicherheit annehmen, ob sie ihren Ursprung in — versprengtem — Prostatagewebe haben.

Prolaps der Harnleiterschleimhaut (Prolapsus de la muqueuse de l'uretère), von Uteau. S. 473. 26jähr. Frau mit rechtsseitiger hydronephrotischer Wanderniere. Zystoskopie: rechts zwei punktförmige Öffnungen, aus denen sich Urin entleert, Einführung selbst der feinsten Ureterkatheter gelingt wegen der Enge nicht. Rechts ein fast würfelförmiger, rötlicher kleiner Tumor. Als dessen Gipfel mit dem Ureterkatheter eingedrückt wird, gleitet dieser ohne Schwierigkeit in den dort mündenden, bis dahin unsichtbar gewesenen Harnleiter. Es handelte sich um einen Prolaps der Harnleiterschleimhaut, die wohl von der zystischen Dilatation zu unterscheiden ist.

1925, Bd. 19, Nr. 1.

Die Pollakisurie als Spätsymptom kongenitaler Syphilis (La pollakiurie comme manifestation tardive de syphilis héréditaire), von G. Cirillo, Univ. Neapel. S. 1. 27jähr. Frau, die zwei immer kränkelnde Kinder hat und seit 10 Jahren an einer quälenden Pollakisurie (alle halben Stunden Harndrang) leidet. Die Pat. ist sehr anämisch. Nach Versagen jeder anderen Therapie bei normalem sonstigen Befunde — auch des Harns — wird auf Grund der positiven WR, die der Verf. unter Berücksichtigung der Anamnese eines Bruders für kongenital (?? Ref.) ansieht, eine Jodkali- und Schmierkur eingeleitet, die nach einem Monat normale Miktionsverhältnisse schafft. Der Verf. nimmt an, daß es sich um Detrusorspasmen gehandelt habe, der Grund in einer spinalen Alteration durch die Lues zu suchen sei, und empfiehlt, in ähnlichen Fällen nach Versagen anderer Therapie immer einmal eine spezifische Kur zu versuchen.

Zwei Fälle von Zysten der Niere (Deux cas de kystes du rein), von H. Blanc. S. 5. Beschreibung zweier Fälle von Zysten bei Erwachsenen, einmal rechtsseitig bei einem Manne, einmal links gelegen bei einer Frau. Die Zysten hatten die Größe des Kopfes eines Neugeborenen, beim zweiten Falle bestand außerdem noch eine ganz kleine. Die Zysten saßen am unteren Nierenpol, sie wurden operativ unter Schonung der übrigen Niere entfernt. Glatte Heilung.

Der Wert der Phenolsulfophthaleinprobe bei der Behandlung der doppelseitigen Nierentuberkulosen (Les indications de l'épreuve de la P. S. P. dans le traitement des tuberculoses rénales bilatérales), von R. Lévy und E. Falci-Paris. S. 13. Konzentrations- und Ausscheidungswerte des Harnstoffs und des Kochsalzes sind bei der doppelseitigen Nierentuberkulose keine sicheren Gradmesser für die Funktionen, da reichliche Polyurie zu hohen Werten und damit falschen Schlüssen führen kann. Die Phenolsulfophthaleinprobe hat eine viel größere Bedeutung. Bei einer geringeren Ausscheidung als 50% innerhalb 60 Minuten wird man die Nephrektomie immer vermeiden müssen. Erläuterung an der Hand von 6 Fällen.

Prostatahypertrophie und Radium (Hypertrophie de la prostate et radium), von Kogan. S. 23. Radium hat einen gewissen Einfluß auf die Prostatahypertrophie. Sechs damit behandelte Fälle wurden mehr oder weniger gebessert. Die in zwei Fällen später notwendig gewordene Operation zeigte, daß diese durch die vorangegangene Behandlung nicht im mindesten technisch schwieriger geworden war. Bei Fällen inoperabler Pat, in denen man zur Katheterisierung greifen muß, wird es sich daher empfehlen, einen Versuch mit Radiumbehandlung zu machen. Technik: Einführung von 55 mg Radium, Platinfilter von 1,5 mm Dicke mittels besonders konstruierter Sonde, durchschnittlich ein- bis zweimal für 24 Stunden.

Pyonephrose einer Beckenniere (Pyonéphrose d'un rein en ectopie pelvienne), von Ch. Perrier-Genf. S. 29. Infektion einer kongenitalen Beckenniere bei einer 56jähr. Frau seit der ersten Schwangerschaft, begünstigt damals durch den Druck des Uterus.

Digitized by Google

Resektion des pyonephrotischen Teils, Drainage — auch nach der Vagina —, komplizierte, wenn auch schließlich endgültige Heilung.

Vorsichtsmaßregeln während der Operation einer Nierentuberkulose und Maßnahmen nach der Nephrektomie, um eine gute Heilung zu erzielen (Des précautions à prendre au moment de l'intervention et des soins à donner pour obtenir la bonne guérison d'une néphrectomie pour tuberculose rénale), von G. Marion. S. 33. 1. Große Schnitte, weite Freilegung des Nierenlagers, sorgsame Schonung der eigentlichen Nierenkapsel, Abtrennung des Ureters weit oben, genaue Verschorfung des verbleibenden Stumpfes, sorgfältige Ausräumung des perirenalen Fettes, Drainage, Offenlassen der Wunde, wenn eitrige Flüssigkeit sie überschwemmt hat. 2. Entfernung des Drains zwischen dem 5.—10. Tage bei normaler Temperatur, sonst weite Auftrennung der Wunde, da Fieber meist auch ohne sonstige Infektion eine Tuberkulisation der Wunde anzeigen kann. 3. Wundfisteln: bisweilen mehrere, die sich in der Tiefe zu einer einzigen vereinigen. Manchmal besteht dort gleichsam eine Höhlung. Einführung von Stiften von Argentum nitricum von der Länge der Fisteln. Bei Vorliegen von Höhlungen muß deren Zurückführung auf eigentliche Fisteln durch Drainage zuerst angestrebt werden. Bei Tuberkulisation der Operationswunde Detuberkulisation durch Kauterisationen, Kurettagen, Ätzungen mit $AgNO_3$, Chlorzink usw. Mitunter Resektion der ganzen Oberfläche und nachträgliche Naht nötig und von Erfolg begleitet. Wenn retrograd Urin aus der Lumbalwunde kommt, Dauerkatheter in die Blase einführen. Von großer Wichtigkeit stets Allgemeinbehandlung; Heliotherapie bringt oft kleine Fisteln zum Verschwinden, bemerkenswerte Erfolge mit ultravioletten Strahlen.

E. Sklarz-Berlin.

Russki Westnik Dermatologii.

1925, Bd. 3, Nr. 3.

Zur Frage der Hautsarkoide, von Ustinowsky. Der 60jähr. Pat. zeigt hauptsächlich im Gesicht Hautveränderungen, welche sowohl dem Lupus pernio als dem Sarkoid Boeck ähneln. Für letzteres sprechen aber: der Verlauf ohne Bildung von Geschwüren, die negative Pirquetsche Reaktion, das Fehlen von Tuberkelbazillen, das negative Resultat der Meerschweinchenimpfung und die röntgenologisch nachgewiesenen Veränderungen der Hand- und Fußknochen. Durch Ausschneiden der Knötchen wurde ein therapeutisch befriedigendes Resultat erzielt.

Akute gelbe Leberatrophie bei Syphilis, von W. Makaroff. Beschreibung von 3 Fällen von akuter gelber Leberatrophie bei Syphilitikern. In dem ersten Fall handelte es sich um einen 39jährigen Mann, welcher mit 22 Jahren Syphilis akquiriert hatte und nun Zeichen von progressiver Paralyse und gelber Leberatrophie aufwies. Die Sektion bestätigte die Diagnose. Der zweite Fall betraf einen 22jährigen Mann mit tertiärer Syphilis, welcher am Tage nach der sechsten Salvarsaninjektion einen juckenden Hautausschlag und am 10. Tage Ikterus mit Übergang in akute gelbe Leberatrophie bekam. Bei der Sektion erwies sich die Diagnose richtig. Im dritten Fall trat bei einer Frau mit Papeln der Geschlechtsteile am 10. Tage nach zwei Hg-Injektionen und einer Neosalvarsaninjektion (0,45) eine akute gelbe Leberatrophie auf, an welcher sie einging. Die Autopsie bestätigte die Diagnose.

Zur Bakteriologie der sog. Urethritis pseudogonorrhoica, von J. Perewodschikow. In 31 Fällen von Urethritis pseudogonorrhoica beim Manne konnte Verf. stets einen Diplostreptokokkus nachweisen, welcher sich kulturell als identisch mit dem Diplostreptokokkus der Puerperalinfektion Wolthard erwies. Dieser Diplostreptokokkus kann sich sowohl in Fällen von primärer Urethritis wie auch als Nachkrankheit bei Blennorrhoe finden. Er ist virulent für das Kaninchen; verschwindet gleichzeitig mit den klinischen Erscheinungen der Urethritis und muß daher in solchen Fällen als Erreger der Urethritis angesehen werden.

Weitere Beobachtungen über die Wirkung des Kalziumchlorats bei einigen Hautkrankheiten, von L. Sirota. Günstige Erfolge bei Ekzem durch 10%ige intravenöse Kalziumchloratinjektionen.

Ein Fall von Lupus erythematosus disseminatus, von S. Kedrow. Lupus erythematosus disseminatus unter dem Bilde eines Erythema exsudativum multiforme auf Wangen, Ohren, Nacken, oberen und unteren Extremitäten wie der Mundschleimhaut bei einer 58jährigen, tuberkulösen Kranken. Nach intravenöser Injektion von insgesamt

Digitized by Google

1,5 Silbernovarsolan schwanden die Erscheinungen. Nach 6 Monaten trat ein Rezidiv auf, welches aber nach Injektion von insgesamt 0,75 definitiv verging.

Ein Fall von aktiver Syphilis 52 Jahre nach der Infektion, von Goldschmied. Gummöse Geschwüre bei einem 70jähr. Manne, welcher mit 18 Jahren sich syphilitisch infiziert hatte. WR stark positiv.

Zur Klinik spätgonorrhoischer Komplikationen beim Manne, von Sutejew. 70jähr. Mann, welcher mit 23 Jahren Tripper gehabt hatte, erkrankte mit 64 Jahren an linksseitiger, mit 65 Jahren an rechtsseitiger Epididymitis gonorrhoica. Prostata von Eigröße, derb. Der rechte Hoden mußte entfernt werden; nichtsdestoweniger stellte sich mit 69 Jahren ein Abszeß auf dem Penisschaft ein, welcher Gonokokken enthielt. Zuletzt erkrankte Pat. an Harnverhaltung und ging an hinzugetretener Sepsis ein.

Jododerma tuberosum fungoides, von Grün. Auftreten von fungösen Massen auf der Nase und unter dem linken Augenwinkel. Die großen Blasen auf den Handrücken bei einem 43jähr. Manne mit Aortitis und Myokarditis schwinden nach Gebrauch von 8 Flaschen von $2^1/_2$%iger Jodkalilösung. A. Jordan-Moskau.

Archives of Dermatology and Syphilology.

1925, Bd. 11, Nr. 2.

Schmerzhafte Knötchen des Ohrs (Painful Nodular Growth of the Ear), von O. H. Fierster-Milwaukee. S. 149. 8 Fälle. Die Affektion trat durchweg bei Männern, und zwar im Alter von 27—68 Jahren auf und dauerte 2 Monate bis zu 12 Jahren. Meist handelte es sich um einen solitären, auf Druck schmerzhaften Knoten von 5 mm Durchmesser am oberen Pol des Ohrs oder am freien Rande mit einem eingesunkenen, von Schüppchen bedeckten Zentrum. Am Knorpel war der Knoten adhärent. Histologisch ließ er sich von Verruka, Keratosis, Epitheliom gut abgrenzen. Die Ätiologie ist unbekannt. Therapeutisch bewährt sich allein Exzision.

Ödematöses Erythem, sog. Akrodynie, bei kleineren und größeren Kindern (Erythredema Pink Disease, So-called Acrodynia in Infants and Young Children), von J. Butler-Minneapolis. S. 166. Unter „Erythredema" beschreibt Verf. an Hand eines Falles ein scharf umschriebenes Krankheitsbild, das mit einem allgemeinen blaßroten, papulösen juckenden Exanthem beginnt und zu schweren Allgemeinstörungen führt. Die Kinder sind reizbar, unruhig, essen nicht, schwitzen stark, sind lichtscheu und magern auffallend ab. Es tritt Parästhesie oder Anästhesie der Hände und Füße auf; diese schwellen an, sind blaurot und fühlen sich kalt an. Diese Erscheinungen an Händen und Füßen sind charakteristisch für die Krankheit, die meist im Frühling auftritt; ihre Prognose ist meist günstig. Die Ätiologie ist unbekannt. Im Mississippital allein sind 100 Fälle bekannt geworden. Vielfach ist die Krankheit als „Akrodynie" bekannt. Die in Frankreich 1828 beobachtete Epidemie war wohl auf Arsenvergiftung zurückzuführen.

Epidermolysis bullosa: Bericht über einen Fall (Epidermolysis Bullosa: Report of a Case), von T. J. Calhoun und W. P. Brown-St. Louis. S. 183. Für den Dermatologen nichts Besonderes.

Durch Pilze verursachte Paronychie und Dermatitis: eine bisher unbeschriebene Affektion, offenbar am häufigsten bei Marmeladenherstellern (Mycotic Paronychia and Dermatitis: A Hitherto Undescribed Condition Apparently Peculiar to Fruit Canners), von L. B. Kingery und C. H. Thienes-Portland. S. 186. Im Nordwesten der Ver. Staaten existierte seit langem eine Erkrankung der Nägel, der interdigitalen Hautfalten und der Vorderarme, die als „Früchtevergiftung" bekannt war. Von Pat., die beim Herstellen von Obstmarmeladen beschäftigt waren, ergaben Abstriche einen hefeartigen Pilz. Impfungen an Tier und Mensch bestätigten die Diagnose der Pilzerkrankung.

Kaposis multiples hämorrhagisches Sarkom: Histologische Untersuchungen zweier Fälle, deren einer bei der Sektion Darmaffektionen aufwies (Multiple Hemorrhagic Sarcoma of Kaposi: Histologic Studies of Two Cases, One Disclosing Intestinal Lesions at Necropsy), von G. J. Dillard und F. D. Weidman-Philadelphia. S. 203. Beim ersten Fall bestand neben den üblichen Hauterscheinungen eine Elefantiasis der Beine mit Blasenbildung. Eine Sektion fand nicht statt. Der zweite Fall hatte außer den Hauterscheinungen Hunderte von kleinen blutroten Tumoren im Darm, im Magen, in der Harnblase und in den mesenterialen Lymphdrüsen. In den letzteren wurden Pilze

Digitized by Google

nachgewiesen. Es fragt sich, ob die Pilzinfektion von seiten des Darms die Ursache des Kaposischen Sarkoms ist. In Zukunft sollte in verdächtigen Fällen stets nach Blut im Stuhl und nach Lymphdrüsenschwellung, besonders der supraklavikularen gefahndet werden.

Akuter septischer Pemphigus (Acute Septic Pemphigus), von A. Schalek-Lincoln. S. 232. Ein 71jähr., bis dahin völlig gesunder, kräftiger Mann bekam im Anschluß an einen schweren Armbruch einen akuten septischen Pemphigus. Der Tod trat 5 Wochen nach dem Auftreten der ersten Blase ein. Bakteriologisch konnte das von Eberson in 7 Fällen gefundene „Bacterium pemphigi" nachgewiesen werden. Bacterium pemphigi ist grampositiv, anaërob, unbeweglich, ähnlich dem Streptobazillus, ist pathogen für Kaninchen und Meerschweinchen und hat schwere toxische Eigenschaften.

Schwere Blutung und Purpura nach Neoarsphenamininjektion (Severe Bleeding and Purpura Following the Administration of Neo-Arsphenamin), von C. M. Smith-Boston. S. 237. Nach der dritten Injektion von 0,9 Neoarsphenamin trat außer Nasen- und Zahnfleischblutung eine Purpura des Körpers auf. Nach Wiederherstellung erhielt der Patient eine vierte Injektion von 0,9 Neoarsphenamin. Sogleich danach schweren Kollaps. Erholung wider Erwarten. Nach einigen Stunden schwere Blutung aus Nase, Zahnfleisch und aus der Injektionsstelle; Entleerung blutiger Stühle. Wiederum Auftreten von Hautblutungen. Wiederherstellung nach einigen Tagen.

L. Mühlpfordt-Allenstein.

The British Journal of Dermatology and Syphilis.

1925, Bd. 37, Nr. 2.

Studie über eine allgemeine, durch Microsporon Audouini hervorgerufene Erkrankung — Lichen microsporicus (A Study of a Generalized Eruption Caused by Microsporon Audouini — Lichen Microsporicus), von S. W. Finnerud, Univ. Chicago. S. 63. Genaue Beschreibung von 14, ausschließlich Schulkinder im Alter von 6 bis 11 Jahren betreffenden Fällen, die einen ähnlichen Verlauf wie die in den Jahren 1921 bis 1924 in Wien herrschende Microsporon-Audouini-Epidemie hatten. Die klinischen Erscheinungen dieser universellen, im Anschlusse an eine Pilzinfektion des behaarten Kopfes auftretenden Hauterkrankung sind zweierlei Art: 1. die lichenoide Form, aus stecknadelkopfgroßen, dunkelroten einzelstehenden oder in Gruppen geordneten follikulären Papeln bestehend, wovon die meisten nach ein- oder zweitägigem Bestehen an der Oberfläche fein geschuppt sind. Nach 2—4 Tagen erreicht die Affektion ihren Höhepunkt; der Involutionsprozeß ist nach 1—3 Wochen vollendet und läßt zunächst eine leichte Überpigmentierung zurück, die aber rasch verschwindet. Bei der zweiten Art ist die lichenoide Form mit der ekzematösen verbunden, wobei runde oder ovale dunkelrote Effloreszenzen mit einem gelblichen von Schuppen bedecktem Zentrum auftreten; diese Effloreszenzen wechseln im Umfang in wenigen Minuten bis zu Fingernagelgröße und ähneln in hohem Maße seborrhoischem Ekzem oder Pityriasis rosea. Die lichenoiden Exantheme befallen hauptsächlich die Seiten des Rumpfes, die Brust, Extremitäten, besonders die Beugeseiten, und seltener das Gesicht, während die ekzematöse Mikrosporie am ausgeprägtesten an der oberen Brusthälfte, Stirn und Seitenflächen des Halses sich zeigt. Mit Ausnahme von zwei Fällen, wo der Ausbruch der Eruption mit hohem Fieber, Kopfschmerzen und Allgemeinstörungen verbunden war, zeigten die Patienten keine oder nur geringe Temperaturerhöhung und geringe Veränderung des Allgemeinbefindens. Die histologischen Bilder bei der Mikrosporie zeigen einen weit geringeren Entzündungsgrad als bei den Trichophytien. Wie die Erfahrung an den 14 Fällen lehrte, wirkt ätiologisch in einem Teil derselben die Anwendung der Röntgenstrahlen (auf die Erkrankung des behaarten Kopfes) und in einem anderen die Injektion spezifischer Extrakte (Mikrosporin, Trichophytin [Höchst]). Andererseits wurden Hunderte von Fällen von Tinea tonsurans des behaarten Kopfes mit diesen Mitteln behandelt und nur weniger als 10% der Fälle wiesen Lichen microsporicus auf, so daß noch andere Faktoren, wie Virulenz des Pilzes und spezielle Empfänglichkeit des Patienten in einem Falle ätiologisch in Rechnung zu stellen sind. Wie in mehreren Fällen erwiesen, sind die „Pilzextrakte" nicht nur imstande, die Mikrosporie hervorzurufen, sondern andererseits auch durch Erhöhung des allergischen Zustandes die Dauer der Störung abzukürzen. Da aber Lichen microsporicus meist ohne subjektive Beschwerden verläuft, außerdem

Digitized by Google

ein therapeutisch wirksamer allergischer Zustand stets vorhanden ist, so werden diese und andere Behandlungsarten bei einer so kurz währenden und harmlosen Hautaffektion überflüssig.

Ein Fall von syphilitischer Gangrän der Finger (A Case of Syphilitic Gangrene of the Fingers), von J. Ormerod. S. 84. 42jähr. Fleischer, bei welchem nur der Daumen der linken Hand und beide Mittelfinger unbeschädigt waren. Rechter Daumen, Zeigefinger und beide Kleinfinger hatten die Endphalanx verloren und waren an ihren Stümpfen ebenso wie die übrigen Finger mit reichlichen schmutzigen Granulationen bedeckt. Beide Handflächen zeigten typische squamös-syphilitische Invasion und tiefe Fissuren, außerdem beträchtliches Ödem des Handrückens, so daß die Streckbewegung der Finger unmöglich war. Andere Sekundärerscheinungen: oberflächliche Ulzeration an der rechten Nasenhälfte, gummöse Infiltration der Haut an der linken Skrotalseite u. a. m. Die ersten Erscheinungen der Syphilis waren 12 Jahre vorher aufgetreten. Keine Behandlung. WR positiv. Differentialdiagnostisch kamen beim ersten Anblick Syringomyelie und die Raynaudsche Erkrankung in Betracht. Auf antisyphilitische Behandlung erfolgte rasche Besserung, so daß Pat. nach etwa 6 Wochen als geheilt entlassen werden konnte.

Melanosis nach Arsenobenzol. Bericht über einen Fall (Melanosis after Arsenobenzol), von W. J. O'Donovan-London. S. 87. 50jähr. Mann. Die Melanose war als Folge von 11 Neosalvarsaninjektionen in der gewöhnlichen Dosierung aufgetreten. Die Pigmentierung erstreckte sich über den ganzen Rumpf, Arme, Vorderarme und Oberschenkel; Gesicht, Beine, Hände, Füße und Schleimhäute sind unverändert. In Inguinal- und Achselbeugen ist die Verfärbung eine gleichmäßige, an den übrigen Körperstellen fleckenförmig. Der Fall gehört zu den schweren, persistierenden Fällen von Melanosis und ist ganz ähnlich jenen von Arsenverfärbung, die in der Präsalvarsanperiode beschrieben wurden.

1925, Bd. 37, Nr. 3.

Mycosis fungoides (Mycosis Fungoides), von W. Kenneth Wills und G. Hadfield. S. 113. Der Fall, der einen 31jähr. Mann betraf, und welchen Verff. 3 Jahre lang beobachteten, war vor allem bemerkenswert durch ein prämykotisches Stadium mit dem Bilde einer in Remissionen auftretenden Dermatitis herpetiformis, durch Albuminurie, die ihren Höhepunkt erreichte, wenn die Hautaffektion am schlimmsten war und durch den raschen Übergang des prämykotischen Stadiums zu jenem der Geschwulstbildung, die vor allem im Gesicht und Nacken auftrat. Gleichzeitig entwickelten sich enorme Drüsenschwellungen an allen Körperstellen, und schließlich führte eine ulzerierende Geschwulst des Kehlkopfes zu Asphyxie und zum Tode. Therapeutisch waren innerlich Arsenik, verschiedene Salben und Röntgenstrahlen versucht worden; letztere brachten vorübergehende Besserung. Besonders auffallend war aber die Besserung der Hauterscheinungen nach Injektionen von Koli-Autovakzine, die mit ausgesprochener Fieberreaktion einhergingen. Genauer Sektionsbefund, verbunden mit recht instruktiven Abbildungen; bei der Kehlkopfgeschwulst scheint es sich eher um ein Lymphogranuloma gehandelt zu haben.

Ein Fall von Lymphadenoma mit Hauterscheinungen (A Case of Lymphadenoma with Cutaneous Manifestations), von J. M. H. Macleod. S. 119. 49jähr. Mann (Garderobeaufseher). Die Krankheit begann vor einem Jahre mit Schwellung der Achseldrüsen und heftigem Jucken, hauptsächlich an den Beinen und unterem Teil des Bauches. Dann stellten sich große Drüsenpakete am Halse und in der Leistengegend ein und allgemeine Schwäche und Blutarmut und allmählich eine Eruption von kleinen roten, prurigoähnlichen Papeln, hauptsächlich an Armen, Beinen und Bauch, verbunden mit heftigem Jucken und unregelmäßig verteilt. Nach des Pat. Beobachtung schien vermehrtes Juckgefühl stets einer Zunahme der Drüsenschwellung voranzugehen. An Stelle der ausgekratzten oder mit Involution einhergegangenen Papeln traten späterhin Pigmentflecke auf, aber außerdem auch an den unteren Bauchpartien tiefer gehende Pigmentierung, ähnlich jener bei Addisonscher Krankheit. Das Allgemeinaussehen der Hauterruption mit ihren Sekundärexkoriationen täuschte in hohem Maße Skabies vor, welche ja häufig bei den Hautveränderungen des Lymphadenoma angenommen wird; mit zunehmendem Allgemeinleiden wurde das Juckgefühl weniger und verschwand gegen das Ende zu vollständig. Sektionsbefund: Fast alle Drüsen, Milz vergrößert, Lungenödem, histologischer Befund der Drüsen der typische des Lymphadenoms.

Digitized by Google

Symmetrische zyanotisch-livide Verfärbung der Fußsohlen (Symmetrical Lividities of the Soles of the Feet), von G. Pernet-London. S. 123. 2 Fälle. Der eine betraf ein 13jähr. Mädchen, der andere einen 14jähr. Knaben. In beiden Fällen war die Lokalisation und Begrenzung eine ähnliche, die lividverfärbten Stellen etwas erhaben über der Haut. In dem ersten Falle waren noch sklerodermie-ähnliche atrophische Stellen an beiden Knöcheln zu sehen, hingen aber nach P.s Beobachtung nicht mit der Verfärbung zusammen, die er vielmehr auf Erfrierung und Hyperidrosis zurückführt. In beiden Fällen trat Besserung auf innere Schwefeldarreichung und äußere Galmeiwaschung ein. Die Verteilung der Hautaffektion hing in beiden Fällen mit der Innervation der Fußsohlen nicht zusammen.

86 Fälle von Dermatitis, durch gefärbten Pelz verursacht (Eighty-six Cases of Dermatitis Due to Dyed Fur), von A. C. Roxburgh. S. 126. Bei den meisten Patienten ist eine gewisse Inkubationsperiode notwendig, um diese Empfindlichkeit für den Reiz zu erzeugen, diese Periode ist länger, wenn der Reiz in längeren Zwischenpausen einwirkt, als wenn er täglich appliziert wird. Gewöhnlich beschränkt sich der Reizzustand auf jene Körperstellen, womit der Pelz in Berührung steht, aber in einigen Fällen scheint er sich auch auf andere Körperteile auszudehnen. Bei einigen Patienten stellt sich eine Überempfindlichkeit der Haut auch gegen sonst unschädliche Substanzen ein.

M. Stern-München.

Mitteilungen aus der Literatur.

Akute exanthematische Infektionskrankheiten.

Erhaltung der Charakteristika der Neurovakzine trotz Kultur auf menschlicher Haut (Conservation des caractères particuliers du neurovaccin malgré sa culture sur la peau humaine), von S. Nicolau und P. Poincloux. (Compt. rend. de la Soc. de Biologie, 1924, Bd. 91, S. 1239.) Die „Neurovakzine" von Levaditi und Nicolau weist besondere Charakteristika im klinischen Bilde auf. Die Neurovakzinepustel ist im Gegensatz zur einfachen Hautvakzinepustel hämorrhagisch, ödematös, nekrotisch. Diese typischen Kriterien verschwinden im Verlauf von Serienkulturen auf Kaninchenhaut, indem allmählich das Bild der gewöhnlichen Vakzinepustel entsteht. Verff. untersuchten nun das Verhalten der Neurovakzine auf menschlicher Haut. Der eine Arm wurde mit Neurovakzine, der andere mit dem gewöhnlichen, unveränderten Kuhpockenimpfstoff geimpft, dann Entnahme der Pusteln am 9. Tag und Impfung des Inhalts auf Kaninchen an zwei getrennten Stellen. Schon am 3. Tag deutlicher Unterschied beider Impfpusteln im Sinne der „Neurovakzination" und der „Dermovakzination", womit bewiesen war, daß das Neurovakzinevirus nach Menschenpassage seine charakteristischen Stigmata nicht verliert. Der neurovakzinale Stamm bleibt typisch neurovakzin, nach Passage über Mensch, ja außerdem nach Passage über den Kamm eines Hahnes, und seine Virulenz gegenüber dem Kaninchenkörper ist unverändert. Dagegen bleibt die „Dermovakzine" alten Stils ihrerseits typisch trotz mehrfacher Passage von Haut zu Haut, auch nach zwischengeschalteter Hodeninokulation. Erst nach intrazerebraler Inokulation beim Kaninchen wird sie zur „Neurovakzine" mit allen Eigenschaften. Die wechselnden, verschiedenartigen Passagen, die der Haut- bzw. Neuroimpfstoff bei Kaninchen, Mensch, Hahn, Haut, Hirn und Hoden durchmacht, werden an einem schematischen Bild veranschaulicht.

H. Lippert-Köln a. Rh.

Lepra.

Die prädisponierenden Ursachen der Lepra (The Predisposing Causes of Leprosy), von E. Muir-Calcutta. (Lancet, 1925, Bd. 208, Nr. 5291, S. 169.) Verf. legt den prädisponierenden Faktoren einen großen Wert bei und spricht die Überzeugung aus, daß sie durch ihre Natur, Schwere und Zahl den Verlauf der Krankheit wesentlich bestimmen. In eine Gruppe der „temporären oder selbstheilenden" Momente sind alle akut fieberhaften Erkrankungen wie Enteritis acuta, Influenza, akute Erytheme usw. zusammengefaßt, während die „permanenten", d. h. lange Zeit einwirkenden Ursachen eine zweite Gruppe bilden. Hierher gehören in erster Linie Lues, Malaria, Kala azar, die chronischen inneren Erkrankungen schließlich aber auch biologische, klimatische und soziale Umstände. Von letzteren sei die interessante Tatsache hervorgehoben, daß sich bei sehr vielen

Digitized by Google

Fällen ein Kausalnexus zwischen Pubertät, Gravidität, Klimakterium und der Lepraerkrankung feststellen läßt, indem diese Perioden einerseits als Infektionstermin angenommen werden können, andererseits latente Infektionen aufflackern lassen. In therapeutischer Hinsicht ist es demnach sehr wichtig, vor der spezifischen Therapie erst die prädisponierenden Ursachen zu beseitigen. Die verschiedenen hier ausgesprochenen Ansichten sind durch Fälle illustriert. F. M. Peter-Hamburg.

Über Behandlung der Lepra mit Thymol, von H. Heinemann. (Arch. f. Schiffs- u. Tropenhyg., 1924, Bd. 28, Nr. 12, S. 523.) Verf. hat das Thymol, welches von Hamzah in die Therapie der Lepra eingeführt ist, an 9 Fällen erprobt und ist mit den Resultaten sehr zufrieden. In drei von diesen Fällen waren nach wie vor Leprabazillen im Nasenschleim vorhanden. Im ersten Falle waren am Ende der Kur keine Bazillen zu finden, aber es wird nicht berichtet, ob sie vorher da waren. In den anderen Fällen wird nichts darüber gesagt. Statt der intramuskulären Injektion einer 10%igen Emulsion von Thymol in Lebertran von Hamzah verwandte Verf. das Präparat Nr. 651a von der chemischen Fabrik von Heyden in Dresden-Radebeul, welches sehr kleine Dosen Thymol in Emulsion enthält, intravenös. Die Injektionen werden jeden vierten Tag gemacht. Anfangsdosis 0,2 ccm; jedesmal wird gesteigert mit 0,2 ccm bis zu 0,8 ccm. Diese Dosis kann monatelang fortgesetzt werden. J. D. Käyser-Haag.

Natriumverbindungen von Chaulmoograöl und Lebertran in der Behandlung von Lepra und Tuberkulose (Chaulmoogrates et morrhuates de soude: leur emploi dans le traitement de la lèpre et de la tuberculose), von J. Rouillard. (Presse méd., 1924, Nr. 94, S. 929.) Außer dem Chaulmoograöl hat auch das Öl des Hydnocarpus Wrightiana die Fähigkeit, auf Lepra günstig einzuwirken. Es läßt sich daraus eine Säure darstellen, die in Verbindung mit Natrium bei subkutaner und intramuskulärer, noch besser bei intravenöser Injektion eine ausgesprochene Einwirkung auf die Leprabazillen ausübt. Die Erfahrungen, welche Rogers (Lancet, Nr. 5261) damit bei 51 Fällen im Laufe von 3 Monaten erzielte, waren sehr ermutigend, während die Lebertranverbindung zwar Erfolge aufwies, aber in der Wirkung offenbar schwächer war. Die weiteren hier besprochenen Untersuchungen beziehen sich auf den Modus der Wirkung, die sich aus der Fähigkeit, die säurefesten Bazillen aufzulösen, erklärt. Über Beobachtungen in bezug auf die Lebertranverbindungen liegen auch Berichte von verschiedenen anderen Autoren (Muir, Boelke, Knowles u. a) vor. Ihre Resultate sind aber nicht durchweg gleichmäßig erfreulich. A. Philippi-Bad Salzschlirf.

Über die Lepra der oberen Respirationsorgane, von G. Heß-Wiesbaden. (Zschr. f. Laryng., Rhin. u. i. Grenzgeb., 1924, Bd. 12, H. 6, S. 447.) Für den Dermatologen ohne Interesse. H. Fendt-Wiesbaden.

Die Lepra in den Vereinigten Staaten im Jahre 1923 (The Leprosy Situation in the United States in 1923), von F. L. Hoffman-Newark. (J. Am. m. Ass., 1924, Bd. 83, Nr. 21, S. 1707.) Ein statistischer Überblick über die einzelnen Staaten ergibt, daß nur in Kalifornien (20), Texas (11) und Louisiana (13) eine größere Anzahl von Fällen ermittelt wurde. In den anderen Staaten nur vereinzelte oder gar keine Fälle. Gemeinsame Unterbringung in dem staatlichen Leprosarium in Carville, das 1921 136, 1922 92, 1923 19, 1924 50 Aufnahmen hatte, im ganzen 297 Leprafälle, von denen 36 gestorben sind. M. Gumpert-Berlin.

Tuberkulose.

Endergebnisse der Serodiagnostik auf aktive Tuberkulose nach von Wassermann, von H. Höland, Städt. Krkhs. Hannover. (D. m. W., 1924, Nr. 48, S. 1650). Die Reaktion fiel in 50% bei einwandfreier Tuberkulose positiv aus. Sie eignet sich nicht zum Nachweis aktiver Tuberkulose. F. Harry-Wiesbaden.

Über die Wassermannsche Komplementbindungsreaktion auf aktive Tuberkulose, mit besonderer Berücksichtigung der Hauttuberkulosen, von H. Förtig, Univ.-Hautkl. Würzburg. (D. m. W., 1924, Nr. 46, S. 1570.) Die Komplementbindungsreaktion erfüllt gegenwärtig noch nicht die Forderungen, die man an eine serodiagnostische Methode stellen muß. Sie fiel bei Hauttuberkulose in nur 2,6%, bei Lungentuberkulose in 25,8 und bei chirurgischer Tuberkulose in 6,8% positiv aus. Die Reaktion besitzt auch gegenüber luetischen Serumveränderungen nicht den nötigen Grad von Spezifizität. F. Harry-Wiesbaden.

Proteinkörperwirkung und ihre Beziehung zur gesamten Tuberkulosetherapie, von J. Sorgo, II. Med. Abt. am Wilhelminen-Spital in Wien. (M. Kl., 1925, Nr. 2, S. 41

Digitized by Google

bis 44; Nr. 3, S. 80—83; Nr. 4, S. 118—120.) Alle klinisch zu beobachtenden und experimentell zu erzeugenden Reaktionsäußerungen des tuberkulös infizierten Körpers nach Tuberkulineinverleibung können auch durch Einverleibung nichtspezifischer, bakterieller oder nichtbakterieller Eiweißkörper hervorgerufen werden. Es könnte danach durch richtig geleitete nicht spezifische Proteinkörperbehandlung Leistungssteigerung auf dem Gebiete der spezifischen Abwehrkräfte hervorgerufen werden. Ein Wechsel der Proteinkörper bei der Durchführung der Therapie erscheint zweckmäßig. Die für die Tuberkulosebehandlung in Betracht kommenden Proteinkörper zerfallen in zwei große Gruppen: a) von außen auf parenteralem Wege einverleibte: Tuberkulinpräparate, Milch und Milcheiweißpräparate (besonders Yatren-Kasein), Blut und Blutserum, Vakzine (angebliche Beeinflussung der oft gleichzeitigen Mischinfektion), Deuteroalbumose und Pepton Witte (teilweise erfolgreich bei Gesichtslupus, völliges Versagen bei Schleimhautlupus), Phlogetan (typische Herdreaktionen, günstige Wirkung), Angiolymphe, Norforal, Lipoidkörper (Lipatren, Chaulmoograöl, Tebelon). Im allgemeinen bei allen kleine Dosen, lange Intervalle. b) Autoproteinkörper. Zugrunde liegt dabei die aktivierende Wirkung von Spaltprodukten des eigenen Körpereiweißes, die nach Zufuhr der verschiedensten Energiearten im Körper sekundär entstehen. In Betracht kommen hypertonische Salzlösungen (besonders Kalzium), kolloidale Metalle (Kupfer- und Goldsalze), Lichtbehandlung (von Nutzen, aber mit großer Vorsicht anzuwenden), Bewegung, seelische Einflüsse, Klimatotherapie, Ernährung. Sie werden sämtlich von dem den Erörterungen zugrunde liegenden Gesichtspunkte der „Leistungssteigerung und Herdreaktion" besprochen. E. Levin-Berlin.

Tuberkulin und vegetatives Nervensystem, von J. Schubert, Dt. Derm. Univ.-Kl. Prag. (D. m. W., 1924, Nr. 52, S. 1830.) Verf. ist es gelungen, bei Tuberkulosekranken durch subkutane Injektion von 0,5 mg Altuberkulin in einem Volumen von $^1/_{20}$ ccm bedeutende Leukozytensenkung zu erzielen. Bei klinisch tuberkulosefreien Patienten hat sich dieser Leukozytensturz nur selten gezeigt. Demnach scheint das vegetative Nervensystem in der Haut bei Tuberkulösen anders als bei Gesunden zu reagieren.

F. Harry-Wiesbaden.

Ist eine Schutzimpfung des Menschen gegen Tuberkulose mit abgetöteten oder avirulenten Tuberkelbazillen möglich?, von H. Selter, Hyg. Inst. Königsberg. (D. m. W., 1924, Nr. 52. S. 1825.) Auf Grund der bisher veröffentlichten Berichte bestreitet Verf., daß es Calmette gelungen sei, mit auf Gallenährböden abgeschwächten Tuberkelbazillen eine wirksame Immunisierung bei Tieren hervorzurufen. Ein Verfahren, bei dem Impflinge nicht tuberkulinempfindlich werden, ist unwirksam. Solange Calmette nicht den Beweis erbringt, daß die geimpften Kinder auf Tuberkulin reagieren, kann sein Verfahren nicht anerkannt werden. In noch höherem Maße gilt dies für die Methode von Langer, bei der zur Schutzimpfung abgetötete Tuberkelbazillen verwendet werden. Durch Versuche von Uhlenhuth, Jotten und dem Verf. ist einwandfrei festgestellt worden, daß eine Immunisierung mit toten Bazillen nicht gelingt. Die Frage, ob eine Tuberkuloseschutzimpfung überhaupt möglich sei, wird bejaht. Es käme nur darauf an, die geeignete Dosierung lebender, virulenter Tuberkelbazillen ausfindig zu machen.

F. Harry-Wiesbaden.

Die Heilwirkung des Ektotuberkulins, von A. Jesionek-Gießen. (D. m. W., 1925, Nr. 1, S. 8, Nr. 2, S. 60, Nr. 3, S. 102.) In zahlreichen Fällen gelingt es, mit „Ektotuberkulin", einer keimfrei filtrierten Nährflüssigkeit 3—5 Wochen alter Tuberkelbazillenglyzerinbouillonkulturen, durch intra- und subkutane Injektionen tuberkulöse Krankheitsherde der Haut in verhältnismäßig kurzer Zeit zur Heilung zu bringen. Die Heilung vollzieht sich in der Weise, daß das tuberkulöse Gewebe nekrotisch wird und, soweit es nicht abgestoßen wird, zur Resorption gelangt. Diese Vorgänge sind mit arterieller Hyperämie, seröser oder serös eitriger Exsudation, ödematöser Schwellung, Temperaturanstieg verbunden. Die Akuität der Erscheinungen hat nach 10—12 Stunden ihr Maximum erreicht. Verf. erläutert sodann seine Ansichten über Entstehung und Verlauf des tuberkulösen Krankheitsprozesses. Verf. unterscheidet dreierlei Arten von Tuberkulin: 1. das Ektotuberkulin, das die Stoffwechselprodukte der Tuberkelbazillen enthält, 2. das Endotuberkulin A, das aus den löslichen Leibessubstanzen, die aus den toten Bazillenleibern in der Wärme extrahiert werden, besteht und schließlich 3. das Endotuberkulin X, das die nach Extraktion von Endotoxin A zurückbleibenden Leibessubstanzen enthält. Ekto- und Endotuberkulin A wirken auf nichttuberkulöse Meerschweinchen nicht pathogen, wohl aber das Endotuberkulin X. Nach intra- oder subkutaner Einverleibung entsteht ein Krankheitsherd, der die einverleibten Tuberkelbazillenleiber enthält und außerdem durch Eiterung gekennzeichnet ist. Während nun der eitrige Prozeß allmählich abklingt, entstehen an

Digitized by Google

der Zirkumferenz des Eiterherdes ein oder mehrere Krankheitsherde, die Bazillenleiber enthalten und entzündliche Gewebsneubildung aufweisen. Die entzündliche Granulationsgeschwulst setzt sich im wesentlichen aus Epitheloidzellen und neugebildeten embryonalen Bindegewebszellen zusammen. Die Anwesenheit letzterer setzt die Präexistenz sogenannter germinativer Bindegewebszellen voraus. Durch ein gewisses Agens, das dort auftritt, wo Bazillenleiber vorhanden sind, und das auf die germinativen Bindegewebszellen einen Reiz ausübt, entstehen die embryonalen Bindegewebszellen. Andererseits werden die ausgereiften Bindegewebszellen, die kollagenen und elastischen Fasern von dem aus den Bazillenleibern freiwerdenden Agens (dem Endotoxin X) aufgelöst. Neben den neugebildeten Bindegewebszellen einschließlich Riesenzellen, neben den verschwundenen alten Bindegewebszellen finden sich in den Krankheitsherden lymphozytäre Rundzellen, Plasmazellen und je nach Alter der Herde mehr oder weniger zahlreiche Eiterzellen. Im primären, der Impfung unmittelbar folgenden Krankheitsherd dagegen sind neben Bazillenleibern, aufgelösten alten Bindegewebszellen nur noch Eiterzellen vorhanden. Die Frage, was aus den im primären Herd ursprünglich vorhanden gewesenen germinativen Bindegewebszellen geworden ist, beantwortet Verf. damit, daß er annimmt, sie seien ebenso wie die ausgereiften Bindegewebszellen abgetötet worden. Demnach wirkt das Endotoxin X in der primär erkrankten Stelle auf die germinativen Zellen anders als in den sekundär erkrankten Stellen. Das Endotoxin X wirkt zunächst auf alle Zellen abtötend infolge einer angeborenen chemischen Affinität des Gewebes nichttuberkulöser Tiere. Zell- und gewebeneubildend wirkt es erst dann, wenn durch den Abtötungsprozeß Stoffe entstanden sind, die das Gewebe in der Art umstimmen, daß sie in den sie adsorbierenden Zellen die angeborene Endotoxin-X-Affinität herabsetzen. Die Reaktion der ersten Impfung fällt konstant nur geringfügig, in wenigen Fällen sogar negativ aus. Letzteres Resultat beruht nicht auf einer angeborenen spezifischen Unempfindlichkeit des Gewebes, sondern vielmehr darauf, daß bereits die Stoffwechselprodukte des Gewebes das Endotoxin X binden und dadurch verhindern, daß das Gewebe mit dem Toxin in biochemische Reaktion tritt. Wird ein bereits vorbehandeltes Tier zum zweiten Male geimpft, so bleibt die positive Reaktion niemals aus. Es ist dabei gleichgültig, ob die erste Impfung mit positivem oder negativem Erfolg verlaufen ist. Das Ektotuberkulin besitzt derart hochgradige chemische Affinität zum Saft des Gewebes nichttuberkulöser Meerschweinchen, daß es mit den Zellen des Gewebes nicht in biologische Reaktion treten kann. Impft man dagegen zum zweiten Male intrakutan mit Ektotuberkulin, so fällt die Reaktion stets positiv aus. In weitem Umkreis der Injektionsstelle tritt eine Verschorfung der Kutis ein, ebenso verschorft auch das subkutane Gewebe. Die Hauptmasse des Schorfes wird durch reaktive Vorgänge nach außen abgestoßen. Während dieses Prozesses entwickelt sich an der Peripherie des Schorfes entzündliches Granulationsgewebe mit Epitheloidzellen, Riesenzellen, Lymphozyten, Plasmazellen und neugebildeten Blutgefäßen. Die gleichen Verhältnisse ergeben sich, wenn man dem mit Endotuberkulin X oder mit lebenden Tuberkelbazillen vorbehandelten Tier Ektotuberkulin einverleibt. Auch Endotuberkulin A wirkt in ähnlicher Weise wie das Ektotuberkulin. Beim tuberkulösen Tier und namentlich beim tuberkulösen Menschen kommt es nach Einverleibung von Ektotuberkulin nicht nur zu Lokalreaktion, sondern auch zu Herdreaktion. Verf. unterscheidet zwei Arten von Herdreaktion. Die eine besteht in Nekrose, Steigerung der vorhandenen Nekrose, Steigerung der hyperämischen und exsudativen Entzündungserscheinungen und Temperaturanstieg, die andere in gesteigerter Proliferation der tuberkulösen Neubildung. Außerdem gibt es Fälle, in denen die Herdreaktion negativ verläuft. Eine Heilung nach Ektotuberkulinapplikation kann nur dann eintreten, wenn die embryonalen Bindegewebszellen einen bestimmten Grad chemischer Affinität zu dem Tuberkulinpräparat besitzen, wodurch es dem Ektotuberkulin möglich wird, die Bindegewebszellen zu töten und schnell und restlos aufzulösen.

F. Harry-Wiesbaden.

Therapie mit ultravioletten Strahlen bei Peritoneal- und Drüsentuberkulose der Kinder (Ultraviolet Ray Therapy in Peritoneal and Glandular Tuberculosis of Children). von H. J. Gerstenberger und S. A. Wahl-Cleveland. (J. Am. m. Ass., 1924, Bd. 83, Nr. 21, S. 1631.) Bericht über 10 Fälle. Die Anwendung ultravioletter Strahlen mittels Quarzquecksilberdämpfen oder Quarzlampe hat sich bewährt bei peritonealer, Drüsen- und Knochentuberkulose. Von den glandulären Formen der Tuberkulose wurden die mesenteriellen Drüsen am schnellsten beeinflußt, es folgen die mediastinalen und zuletzt die peripheren Drüsenaffektionen. Miliare Lungentuberkulose verhielt sich völlig refraktär.

M. Gumpert-Berlin.

Digitized by Google

Einige Beobachtungen über die Bedeutung universeller Lichtbäder mit der Quarzlampe bei der Behandlung tuberkulöser Lymphome, von A. v. Bonsdorff, Städt. Krkhs. Abo, Finnland. (Acta Chir. Scand., 1925, Bd. 58, H. 1/6, S. 60.) Die Bestrahlung verschiedener Tuberkuloseformen mit der Quarz- und Solluxlampe ergab gute Resultate. Sie ist imstande, in Finnland, wo die Sonne spärlicher scheint, die natürlichen Sonnenbäder zu ersetzen. Verf. hat seine besondere Aufmerksamkeit der Drüsentuberkulose zugewandt und in allen Fällen eine Besserung erzielt. Die Lymphome haben sich verkleinert, wo Fisteln bestanden, sind diese abgeheilt. E. Landauer-Berlin.

Tuberculosis verrucosa cutis mit Elefantiasis pedis, von T. Cseresnyés-Debreczen. (Krankenvorstellung im Debreczener Ärzteverein; Orv. Hetilap, 1924, Nr. 21.) Bei dem Pat. wurde 3 Wochen zuvor die Lymphgefäßunterbindung nach Handy vorgenommen. Seit dieser Zeit wurde der Umfang des Unterschenkels auf die Hälfte verkleinert und die Verruka verkleinerte sich von Handteller- auf Fünfkronenstückgröße. Die unbeweglichen Zehen wurden frei beweglich. Der Pat. wird weiter in Beobachtung belassen. M. Porosz-Budapest.

Fortgesetzte Untersuchungen über die optischen Verhältnisse der Lupusknötchen und deren Bedeutung für die Finsenbehandlung, von H. Haxthausen-Kopenhagen. (Strahlenther., 1924, Bd. 18, H. 3, S. 674.) Der Verf. hat quantitative Versuche angestellt, um festzustellen, inwieweit Lupusgewebe für chemisch wirksame Strahlen durchlässiger ist als normale Haut. Mit Hilfe von Spektogrammen konnte er nachweisen, daß 2 mm dickes lupöses Gewebe 2—6mal so viel chemisch aktive Strahlen durchläßt als entsprechend normale Haut. Durch diese Tiefenwirkung kann die elektive Tätigkeit der Strahlen auf das lupöse Gewebe erklärt werden.
E. Hornemann-Lüneburg.

Syphilis.

a. Allgemeines und Historisches.

Ein schönes nosologisches Werk: die Arbeit Joseph Rollets über die Syphilislehre (Une belle oeuvre nosologique: l'oeuvre syphiligraphique de Joseph Rollet), von G. Thibierge. (Presse méd., 1924, Nr. 97, S. 2046.) Im Jahre 1864 veröffentlichte Rollet sein epochemachendes Werk, sein Traité des Maladies vénériennes, in welchem er, den von John Hunter und von Ricord vertretenen Ansichten entgegentretend, scharf zwischen Tripper, Ulcus molle und Primärsyphilid unterschied und das Ergebnis seiner 9jährigen Beobachtungen und Veröffentlichungen am Hospice de l'Antiquaille in Lyon nochmals zusammenfaßte. Unter Benutzung der Untersuchungen seines Zeitgenossen Bassereau begründete er in voller Klarheit das Bestehen einer verschiedenen Inkubationsdauer beim Ulcus molle und beim Ulcus durum, bewies er die Kontagiosität der Sekundärläsionen der Syphilis, begründete er den Begriff des Chancre mixte und stellte überhaupt die Syphilislehre auf eine feste, durch exakte Beobachtungen gesicherte Grundlage.
A. Philippi-Bad Salzschlirf.

Wandlungen im Krankheitsbilde und in der Behandlung der Syphilis, von F. Finger. (W. kl. W., 1925, Nr. 1, S. 27.) Während die Lues bis Ende des vorigen Jahrhunderts einen ziemlich einheitlichen Charakter zeigte, indem der chronische Verlauf sich in den bekannten drei Stadien darbot, wobei das tertiäre sich durch große Häufigkeit und schwere gummöse Erkrankungen der Haut, Schleimhaut, des Knochens auszeichnete, ist in den letzten 30 Jahren eine offensichtliche Wandlung eingetreten. Zuerst allmählich, dann aber mit Einführung der Salvarsantherapie verschwanden die Haut- und Schleimhauterscheinungen rapide, man sah viel weniger frische Exantheme, ulzero-gummöse Formen traten ganz in den Hintergrund. Demgegenüber wird das klinische Bild der Spätsyphilis heute von Tabes, Paralyse, Aortitis beherrscht und diese Erkrankungen scheinen in den letzten Jahrzehnten unverhältnismäßig zugenommen zu haben. Dieser Umschwung fällt zusammen mit der energischen, chronisch-intermittierenden Syphilistherapie, die ihren Höhepunkt mit dem Einsetzen der Salvarsanbehandlung erreichte. Mit dieser neuen Therapie gelingt es zwar, die Haut- und Schleimhauterscheinungen zurückzudrängen, ohne aber in einem großen Teil der Fälle die Krankheit zu heilen. Diese Ausschaltung des Hautorgans, dessen Bedeutung für die Abwehrvorgänge im Organismus hoch zu bewerten ist, führt dazu, daß dem Körper dadurch Immunkräfte verloren gehen, wodurch der Verlauf der Krankheit in ungünstigem Sinne beeinflußt wird und der Entwicklung von Paralyse und Tabes Vorschub geleistet werden kann. Verf. steht daher auch auf dem Standpunkt, erst nach Entwicklung des ersten Exanthems

Digitized by Google

mit der Kur zu beginnen. Durch Zuführung unspezifischer, fiebererregender Mittel kann die Mitwirkung des Organismus gesteigert werden. Unter diesen spielt die Malariabehandlung in Kombination mit Salvarsanbehandlung, wie sie von Kyrle an einem großen Material bei frischen und älteren Fällen von Lues durchgeführt worden ist, die erste Rolle. Die Kur besteht darin, daß der Pat. zunächst eine Vorbehandlung mit Salvarsan erhält, dann mit Malaria infiziert wird, 6—10 Anfälle durchmacht, worauf die Malaria mit Chinin kupiert wird und eine Salvarsannachbehandlung die Kur abschließt. Die Behandlung wird gut vertragen, und auch die Erfolge scheinen vielversprechend zu sein, indem es bisher bei mehreren hundert Patienten durch eine einzige Kur gelang, bei zweijähriger Kontrolle dieselben klinisch erscheinungsfrei und serologisch im Blut und Liquor negativ zu erhalten. B. Peiser-Berlin.

Traumen und Hautsyphilide. Medizinisch-rechtliche Studien (Traumatismes et syphilides cutanés. Etude médico-légale), von G. Thibierge. (Gaz. des hôp., 1925, Nr. 5, S. 69—76.) Der Einfluß von Traumen auf Entwickelung und Verschlimmerung syphilitischer Erscheinungen muß mit Rücksicht auf das Gesetz über Berufsschädigungen möglichst scharf formuliert werden. Der Einfluß bei Tabes und Paralyse ist unbestritten, auch bei Knochenerkrankungen ist der Zusammenhang bekannt. Das Auftreten syphilitischer Hautläsionen nach Traumen, besonders einmaligen ähnlich Berufsunfällen, konnte jedoch bei kritischer Sichtung des in der Literatur dafür vorliegenden angeblichen Materials nicht festgestellt werden, auch nicht nach Kriegsverletzungen, wo man es doch häufig hätte erwarten sollen, ebenso auch kein Einfluß der Syphilis auf Hautverletzungen. Es werden zahlreiche Fälle der Literatur, in denen über Auftreten von Hautsyphiliden, Ulzerationen syphilitischer Natur, Unterschenkelgeschwüren im Anschluß an Traumen berichtet war, eingehend analysiert, mit dem Schlusse, daß trotz Vorliegens von Syphilis die fraglichen Affektionen nicht als spezifisch angesehen werden können. Beim Auftreten syphilitischer Erscheinungen in einiger Entfernung von der durch das Trauma betroffenen Stelle handelt es sich um ein zufälliges Zusammentreffen. Bei syphilitischen Narben kann durch ein Trauma die Entwicklung von Gummen bewirkt werden. Wiederholte Insulte können im Gegensatz zu einmaligen zur Eruption von Hautsyphiliden führen. Traumen des Unterhautbindegewebes rufen in diesem keine syphilitischen Veränderungen hervor, können jedoch solche tieferer Teile bewirken (Muskeln, Knochen). Ein Zusammenhang zwischen Trauma und syphilitischen Hauterscheinungen ist danach höchstens sehr selten anzunehmen; für den Fall eines angeblichen Berufsunfalles ist eingehendste Beurteilung aller in Betracht kommenden Momente erforderlich: Art des Traumas, ob die Affektion wirklich Syphilis ist, ob sie tatsächlich im Anschluß an das Trauma aufgetreten ist, ob ihre Entwicklung durch die Art des Traumas wahrscheinlich erscheint. E. Levin-Berlin.

Zur extragenitalen Luesinfektion, von O. Lippitz, Med. Univ.-Kl. Königsberg i. Pr. (M. Kl., 1925, Nr. 7, S. 246.) Es handelt sich um eine familiäre Infektion bei einer achtköpfigen Familie, in die die Infektion durch eine erwachsene Tochter eingeschleppt wurde. Es erkrankte zuerst das jüngste Kind mit Erscheinungen am Mundwinkel, dann fünf weitere Mitglieder, die das Kind geküßt hatten, mit spezifischer Angina.
E. Levin-Berlin.

b. Pathologie und Klinik.

Reinfektion bei Syphilis (Reinfection in Syphilis), von J. R. Driver-Cleveland. (J. Am. m. Ass., 1924, Bd. 83, Nr. 22, S. 1728.) Aus einem Material von ungefähr 5000 Luetikern sind 13 Reinfektionen zusammengestellt und deren Krankengeschichten wiedergegeben. Zur Diagnose Reinfektion wird gefordert: Bei der ersten Infektion Spirochätennachweis oder posit. WR, bei der zweiten: Sitz des Ulkus an einer bisher nicht erkrankten Stelle, der Nachweis der Spir. pall. und negative WR. Ist letztere schon wieder positiv, so ist die Diagnose nicht mehr mit absoluter Sicherheit zu stellen. Die Behandlung der ersten Infektion setzte zwischen der 3. und 12. Woche ein, die gegebene Therapie war durchschnittlich 12 Injektionen Arsphenamin und 25 Spritzen Hg, bei verhältnismäßig großen Unterschieden in der Dosierung. Das Intervall zwischen erster und zweiter Infektion schwankt von 1 Monat bis 10 Jahre. Verf. schließt aus seinen Fällen wie aus der Literatur, daß die Heilbarkeit der Syphilis nur definitiv möglich erscheint, wenn die Krankheit erstens möglichst früh (durch das Dunkelfeld) diagnostiziert und zweitens dann sofort und kräftig behandelt wird. F. M. Peter-Hamburg.

Ein Fall von Übertragung der Syphilis auf die zweite Generation, von H. Cziekeli, Univ.-Kinderkl. Graz. (M. m. W., 1924, Nr. 44, S. 1541.) Syphilis der

Digitized by Google

Großmutter (Abort), Syphilis hereditaria tarda der Mutter, Syphilis des Neugeborenen bei gesundem Vater. (Im Original steht aus Versehen 2. statt 3. Generation.)
A. v. Notthafft-München.

Über Lichen syphiliticus, von G. Higoumenakis, II. Derm. Abt. Allg. Krkhs. Wien. (W. m. W., 1924, Nr. 52, S. 2774.) Verf. bespricht die klinische und histologische Differenzierung des Lichen syphiliticus von anderen Lichenarten, wie den Lichen pilaris, planus follicularis, scrophulosorum und trichophyticus, und seine Unterscheidung von der Acne syphilitica. Wichtig ist besonders sein histologisches Bild, da er hier einen vollständig tuberkuloiden Bau einnimmt und sich damit von allen anderen Effloreszenzen der syphilitischen sekundären Periode unterscheidet. Wahrscheinlich gehört dazu eine gewisse Hautimmunität eines Individuums gegenüber den Spirochäten und dadurch eine reichlichere Produktion von Antikörpern. Auf diese Weise reagiert der Organismus, vielleicht auch bedingt durch ein langsames Untergehen der durch den Blutstrom in die Haut gelangten Spirochäten infolge des höheren Antikörpergehaltes, mit einem tuberkuloiden Aufbau der Einzeleffloreszenz. E. Langer-Berlin.

Elephantiasis syphilitica, von P. Koshewnikow. (Medicinskaja Myssl., 1924, Jg. 3, Nr. 5—7.) Auf Grund einer Reihe von Elefantiasisfällen, beobachtet an der unter Prof. Nikolsky stehenden Donschen Klinik in Rostòw am Don, unterscheidet Verf. 2 Formen einer solchen in Folge von Syphilis, eine akute und eine langsam sich entwickelnde. Die erste verläuft unter dem Bilde eines lymphatischen Ödems, ist die Begleiterin von geschwürigen, syphilitischen Prozessen, entwickelt sich in der Frühperiode der Syphilis besonders an den Geschlechtsteilen und vergeht vollständig unter einer spezifischen Behandlung. Die 2. Form entwickelt sich langsam, besonders an den unteren Extremitäten als allmählich zunehmende Verdickung der Extremität, im Gefolge von granuloiden Geschwüren. Eine spezifische Behandlung bringt höchstens Besserung, aber nicht völlige Heilung. Während bei dieser Form es sich nicht eigentlich um eine Elefantiasis, sondern nur um einen état elephantiasique handelt, gibt es noch eine 3. Form, gleichfalls die unteren Extremitäten bevorzugende, echte Elefantiasis, wo gelegentlich die WR den Zusammenhang mit Syphilis zutage führt und die spez. Behandlung, wie in dem Fall von Pospelow, auffallende Besserung bringt. A. Jordan-Moskau.

Primäraffekt auf dem Augenlid bei einem Kinde (Chancre of Palpebral Conjunctiva), von A. H. Burr-Dixon. (J. Am. m. Ass., 1924, Bd. 83, Nr. 21, S. 1683.) Anknüpfend an einen ähnlichen Fall von Ling teilt Verf. einen Fall aus der Zeit vor der Entdeckung der Spirochäte aus seiner Praxis mit. Er bemerkte bei einem 18 Monate alten Kinde, das er wegen Hustens behandelte, eine leichte Konjunktivitis des linken Auges. 14 Tage später hatte sich auf der Konjunktiva ein typischer indurierter Primäraffekt gebildet. M. Gumpert-Berlin.

Die Erkennung chronischer spätsyphilitischer Gelenkserkrankungen (Arthro-Lues-tardiva) in ihrer praktischen Bedeutung, von H. Schlesinger, III. Med. Abt. Allg. Krkhs. Wien. (W. kl. W., 1925, Nr. 6, S. 166.) 32 eigene Beobachtungen. Nach Verf. eine relativ häufige Erkrankung besonders der mittleren Jahre, sowohl mono- als polyartikulär, febril, afebril, dolent wie indolent auftretend. Hinweis durch Anamnese. Meist Knie befallen, typisch die Beteiligung des Sternoklavikulargelenks. Druckpunkte der affizierten Gelenke, nächtliche Exazerbationen, geringe Neigung zu Ankylose und Kontrakturbildung. WR im Blute meist negativ, im Gelenkpunktat mehrfach positiv gefunden, im Punktat stärker positiv als im Blute. Spirochätenbefund bisher negativ. Röntgenbilder wenig eindeutig. Herz und Gefäße nicht beteiligt (besondere Affinität der Spirochäte zum Bewegungs- und Stützsystem?). Hoher diagnostischer Wert kommt der spezifischen Probebehandlung zu, wobei es zur Herxheimerschen Reaktion an den beteiligten Gelenken kommen kann. H. Lippert-Köln a. Rh.

Aortitis luetica, von K. Engel-Budapest. (Magyar Orvos, 1924, Nr. 15—16.) Aufzählung der klinischen Symptome, der Untersuchungsmethoden: WR, Röntgen. Bei jedem Luetiker soll nach Aortitis in dem 40.—50. Lebensalter geforscht werden. Jede Aortitis ist auf Lues verdächtig. Die negative WR deutet nicht gegen Lues. Überhaupt soll in jedem Aortitisfall nicht nur das nützliche Jod gebraucht werden, sondern eine antiluetische Kur mit Merkur, Salvarsan oder Bismut. Die Röntgenbehandlung wird warm empfohlen. Die Salvarsankur wird mit 0,05 g angefangen und jeden 4. Tag gegeben 0,10, 0,15, 0.30, 0,45, welche Dose 5—6mal gegeben und halbjährlich 3mal wiederholt wird. 50—60 g Jodnatrium (1,5—2,0 g pro die) und 3—3.5 g Salvarsan nebst Merkur oder Bismut bilden eine Kur. M. Porosz-Budapest.

Digitized by Google

Ein Fall von syphilitischem Aneurysma des Arcus aortae mit bedeutender Gummenbildung, von Arndt, II. Innere Abt. Städt. Krkh. Friedrichshain Berlin. (M. Kl., 1925, Nr. 2, S. 51—54.) Fast unbehandelter Syphilitiker. Umfangreiches Aneurysma des Arcus aortae. Schon bei Lebzeiten nachweisbare Tumorbildung durch Gummen, besonders im Mediastinum, ferner abgeheilte in der Leber, verkäsende im linken Sternokleidomastoideus. E. Levin-Berlin.

Syphilitische und zugleich tuberkulöse Erkrankungen der Lunge E. Gruber-Debreczen. (Krankenvorstellung im Debreczener Ärzteverein, Orv. 1924, Nr. 22.) Drei Pat., bei dem dem Röntgenbefunde (dichtes Schattenbild oberen Lungenlappen) die gewohnten Geräusche bei Tuberkulose nicht entsprechen die Dämpfung ist scharf und intensiv. Zyrrhotische Erscheinungen, die die Trachea zerren und zu Stenosen und Bronchiektasien führen. Trachealatmen. In 2 Fällen im Sputum Kochbazillen positiv. Auf vorsichtige antiluetische Behandlung wesentliche Besserung. Die Veränderungen zeigten eine auffallende Benignität. M. Porosz-Budapest

Die Syphilis des Magens nebst einer Untersuchung von zehn wahrscheinlichen Fällen (Syphilis of the Stomach with a Study of Ten Probable Cases), von A. S. Merrill-Boston. (Am. J. of Roentgenology, 1924, Bd. 12. Nr. 5, S. 444.) Die Symptome der Magensyphilis, die zu den Späterscheinungen der Krankheit gehört und vielleicht doch häufiger ist, als sie diagnostiziert wird, ähneln sehr denen bei Magengeschwür, doch fehlt der periodische Verlauf. Klinisch finden sich Schmerzen, Gewichtsabnahme, Anazidität, kein palpabler Tumor. Die Diagnose basiert stets auf dem Vorhandensein einer Lues und dem Erfolg der antiluetischen Kur. Anatomisch besteht die Wanderkrankung aus multiplen, unregelmäßigen Geschwüren gummösen Charakters mit verdickter Submukosa, Narbenkontrakturen, Gefäßveränderungen und perivaskulärer Infiltration von Leukozyten und Plasmazellen. Die Röntgensymptome sind nicht charakteristisch, sie bestehen in narbigen Veränderungen, die am Corpus ventriculi eine Sanduhrstenose hervorbringen, am Pylorus zu Deformationen des Antrums führen. Die Röntgenuntersuchung gibt ein gutes Bild über die Ausdehnung des Prozesses. Verf. fand unter 18000 Fällen etwa 48, in denen auf Syphilis gefahndet war, oder sich der Verdacht auf Grund der Röntgenuntersuchung ergab. Von diesen Fällen blieben 10 übrig, in denen Lues bestand und der Zusammenhang zwischen ihr und der Magenerkrankung sehr wahrscheinlich war. Sechs weitere Fälle, in denen er möglich erschien. Drei Fälle werden ausführlich mit Röntgenbildern mitgeteilt. H. Holthusen-Hamburg.

Zur Diagnose der viszeralen Lues (mit Ausschluß der Erkrankungen des Herzens, der Gefäße und des Nervensystems), von A. Luger-Wien. (W. m. W., 1925, Nr. 1, S. 41.) Im Rahmen eines Fortbildungskurses gehaltener Vortrag, der sich in dem ersten hier vorliegenden Teil mit der luetischen Leberzirrhose beschäftigt. Insbesondere wird die Diagnose besprochen, ohne daß Verf. wesentlich Neues mitteilt. E. Langer-Berlin.

Über einen Fall von Retentionsikterus bei einer alten Syphilitikerin (A propos d'un cas d'ictère par rétention chez une ancienne syphilitique), von E. Sergent. (Progr. méd., 1925, Nr. 1, S. 13—17.) Ikterus als Zeichen tertiärer Lebersyphilis ist sehr selten. Die 39jähr. Frau hatte vor 16 Jahren Syphilis gehabt; WR zurzeit negativ. Ätiologisch kam nur katarrhalischer Ikterus oder Syphilis in Betracht: die auf ersterer Annahme beruhende Behandlung führte zur Heilung. E. Levin-Berlin.

Tagesgeschichtliche Nachrichten.

Priv.-Doz. Dr. Benjamin Lipschütz in Wien wurde zum korrespondierenden Mitglied des Deutschen Komitees zur Erforschung der Krebskrankheit gewählt. R.

Nachdruck (auch des Abschnittes „Tagesg. Nachr.") ist ohne Genehmigung des Verlegers nicht erlaubt.

Verantwortlich für die Redaktion: Für Originalabhandlungen und T. N.: Prof. Dr. J. H. Rille, Leipzig. Für den Referatenteil: Dr. M. Unna, Hamburg-Bergedorf.

Digitized by Google

Dermatologische Wochenschrift

Nr 24 (Bd. 80) 13. Juni 1925

Aus der Dermatol. Universitätsklinik Köln (Direktor: Prof. Zinsser).

Zur Fox-Fordyceschen Krankheit.

Vorläufige Mitteilung.

Von

H. Fischer.

Mit 4 Abbildungen im Text.

Die von Fox und Fordyce im Jahre 1902 zuerst beschriebene und nach diesen Autoren benannte Erkrankung ist eine relativ seltene Affektion. Nach v. Karworski und Dobak sind von 1902 bis Ende 1924 24 Fälle publiziert worden; unter Hinzurechnung von einigen Fällen der ausländischen Literatur, Demonstrationen und einem sehr typischen Fall unserer Klinik, durch dessen Bearbeitung diese vorläufige Mitteilung veranlaßt ist, werden es heute etwa 30 sein. Was die von der Veränderung Befallenen angeht, so sind es fast ausschließlich Frauen in jugendlichem und mittleren Alter von 13—50 Jahren, also wohl jenseits der Pubertät. Es ist mir kein Fall bekannt geworden, wo vor der Pubertät die Affektion aufgetreten wäre; die meisten Patienten sind zwischen 20 und 40 Jahren. Was das Geschlecht anbelangt, so sind es fast ausnahmslos Frauen, die von der Krankheit befallen sind, nur in einem Fall (Fox, 1902) finde ich die Affektion bei einem jungen Manne erwähnt, und zwar ist hier erwähnt, daß die Affektion in den Axillen lokalisiert war, worauf ich mit Rücksicht auf die Ausbreitung der krankhaften Veränderungen bei der Frau besonders hinweisen möchte.

Was die Lokalisation der Veränderungen angeht, so finden sich dieselben stets an ganz bestimmten Stellen, und zwar nur an diesen. Es sind dies (bei der Frau): Axillen, Gegend um die Mamillen herum, Pubes, Labia majora, Perineum, eventuell noch die Gegend des Nabels und von hier strichförmig abwärts. Auf diese Gegenden ist die Veränderung beschränkt; man findet sie in den einzelnen Fällen mehr oder weniger befallen, nie aber die Haut außerhalb dieser Stellen. Bei dem von Fox erwähnten Manne werden nur die Axillen als befallen erwähnt, worauf ich nochmals hinweisen möchte.

Was die Histologie der Affektion angeht, so sind die Veränderungen gebunden hauptsächlich an die Haarfollikel und die Ausführungsgänge der Schweißdrüsen. Sie bestehen an diesen Stellen in Hyperkeratose und Parakeratose und einer starken Akanthose der Epithelschicht mit Wucherung der Retezapfen in die Tiefe, dem Ausführungsgang der Schweißdrüsen entlang und dem Haarfollikel, vor allem dort, wo die

Digitized by Google

beiden nebeneinander in die Epidermis eindringen oder in einem gemeinsamen Follikel auf der Oberfläche der Haut münden. Die Ausführungsgänge der Schweißdrüsen und die Haarfollikelmündungen zeigen dabei oft Veränderungen im Sinne der Hyperkeratose. Um diese verlängerten Retezapfen um Schweißdrüsenausführungsgänge und Haarfollikel finden sich mehr oder weniger starke Infiltrate. Der Ausführungsgang der Schweißdrüsen ist vielfach erweitert; ebenso werden die zu einem Ausführungsgang gehörigen Schweißdrüsen in einzelnen Partien als stark erweitert beschrieben. Hier findet man entweder gar kein Infiltrat oder ein geringes um die Drüsen herum. Die erweiterten Drüsen sind mit einer homogenen Sekretmasse angefüllt, in der Zellteile und Kerne gefunden werden. „Man hat den Eindruck, daß den erweiterten Drüsengruppen auch hyperkeratotische Ausführungsgänge in der Epithelschicht entsprechen" (Karworski). Daneben zeigen andere Schweißdrüsen gar keine Veränderungen. Diese unterscheiden sich von den erweiterten auch färberisch durch ihr verschiedenes Verhalten der Hämatoxylin-Eosinfärbung gegenüber; die großen Drüsen zeigen hierbei einen rötlichen Ton, die kleinen einen blauen.

Abb. 1.

Es sind also die Veränderungen der Fox-Fordyceschen Krankheit gebunden an Schweißdrüsen, vor allem an deren Ausführungsgänge in Form von Epithel-Zapfenwucherung demselben entlang, und an diesen Ausführungsgängen benachbarte oder mit ihnen in denselben Follikel ausmündende Haarfollikel; daneben finden sich die eben erwähnten Veränderungen an Ausführungsgängen von Schweißdrüsen und den dazu gehörigen Drüsenkörpern.

Aus den Untersnchungen von Schieffердecker wissen wir, daß die Einteilung der Hautdrüsen in azinöse und tubulöse in keiner Weise erschöpfend ist. Schieffердecker hat gezeigt, daß unter dem Namen der tubulösen Drüsen, die wir schlechthin als Schweißdrüsen bezeichnen,

Digitized by Google

Drüsen mit verschiedener Funktion, verschiedener Entwicklungsgeschichte und verschiedenem Sekretionstyp zusammengeworfen sind. In erster Linie gründet Schiefferdecker seine Anschauungen über Verschiedenheit der sogenannten Schweißdrüsen auf eine ganz verschiedene Sekretionsart von Drüsen, die in der großen Gruppe der tubulösen Drüsen zusammegefaßt sind. Die tubulösen Drüsen sind sogenannte merokrine Drüsen, d. h. sie sondern in ihrem Zelleib ein Sekret ab, daß sie in flüssiger Form oder in Form von Granula an das Lumen abgeben, ohne dabei, wie die holokrinen Drüsen, zugrunde zu gehen, sich selbst in Sekret umzuwandeln, wie die Talgdrüsen dies tun. Diese Art der Sekretion galt bisher als der Sekretionstyp der sogenannten Schweißdrüsen. Nun hat Schiefferdecker gezeigt, daß gewisse tubulöse Hautdrüsen, die sich vielfach auch durch ihre Größe und färberisches Verhalten Hämotoxylin-Eosin gegenüber vor andern auszeichnen, einen andern Sekretionstyp haben derart, daß die Zellen sich verlängern, daß Teile abgeschnürt und dem flüssigen Sekret der Drüse beigemischt werden, und daß auch neugebildete Kerne in das Innere abgestoßen werden.

Abb. 2.

Schiefferdecker nennt diesen Sekretionstyp apokrine Sekretion und die Drüsen dieser Sekretionsart apokrine Drüsen. Diese apokrinen tubulösen Hautdrüsen sind nun von den kleinen tubulösen Drüsen, wie wir sie von den Handtellern und Fußsohlen her kennen, grundverschieden und gänzlich von ihnen zu scheiden. Diese sezernieren ein wäßriges Sekret, ohne daß der Zelleib Zellteile an das Lumen abgibt; Schiefferdecker nennt sie im Gegensatz zu den apokrinen Drüsen ekkrine. Der apokrine Sektionstyp findet sich bei vielen Körperdrüsen, z. B. bei Darmdrüsen; er findet sich auch bei gewissen tubulösen Hautdrüsen. Nun ist diese Verschiedenheit im Sektionstyp nur ein Unterschied zwischen den zwei verschiedenen Formen der tubulösen Hautdrüsen, wesentlicher sind entwicklungsgeschichtliche und funktionelle Unterschiede zwischen beiden.

Digitized by Google

Die apokrine Drüse (a-Drüse) entwickelt sich aus dem sogenannten primären Epithelkeim zusammen mit dem Haar und es wächst die a-Drüse aus dem Haarbalg heraus. Die Entwicklung der a-Drüse erfolgt vor der Talgdrüse, die sich später und tiefer vom Haarbalg entwickelt. Im Laufe der Entwicklung können die a-Drüsen mit ihrem Ausführungsgang im Haarbalg in die Höhe rücken, ganz im oberen Teil desselben mit dem Haare oder auch in der freien Oberfläche münden. Die ekkrinen Drüsen (e-Drüsen) entstehen durch Einwachsen des Oberflächenepithels in die Tiefe und haben keine Beziehung zum Haar, auch nicht entwicklungsgeschichtlich. Es entsteht somit die a-Drüse aus einem differenzierten Epithel, während die e-Drüse aus undifferenziertem Oberflächenepithel entsteht. In dieser Form hat SCHIEFFERDECKER den entwicklungsgeschichtlichen Unterschied zwischen den beiden Formen tubulöser Hautdrüsen gezeichnet.

Abb. 3.

Verfolgen wir die beiden Drüsenarten in ihrem Vorkommen und ihrer Verteilung von den Säugetieren hinauf zum Menschen, so ergeben sich nach SCHIEFFERDECKER hier große Unterschiede und eine kontinuierlich fortschreitende Entwicklung. Bei den meisten Säugetieren finden sich die a-Drüsen, entsprechend ihrer Entwicklung aus dem Haarkeim im Zusammenhang mit dem Haarbalg, und zwar sind sie über den größten Teil des Körpers verbreitet, während die e-Drüsen auf ganz bestimmte haarlose Stellen beschränkt sind — mit für unsere Frage unwesentlichen Ausnahmen. Dies ändert sich bereits wesentlich bei den Affen. Hier trifft man vielfach schon e-Drüsen und a-Drüsen an denselben Körperstellen gemischt, wobei die e-Drüsen schon teilweise überwiegen. Dieses Überwiegen der e-Drüsen ist noch ausgesprochener beim Menschen, hier kommen sie auf großen Körperstellen allein vor, während die a-Drüsen wesentlich an Zahl zurückgegangen sind und nur an ganz bestimmten

Digitized by Google

Körperstellen anzutreffen sind, wo sie mit den e-Drüsen untermischt sind. Es findet also vom Säugetier bis zum Primatenstamm eine allmähliche Reduktion der a-Drüsen statt mit schließlichem Gebundensein an bestimmte Körperregionen zugunsten der e-Drüsen, die im Gegenteil zu den a-Drüsen immer größere Ausdehnung annehmen. Die Gegenden, wo man beim Menschen noch a-Drüsen findet, sind (bei der Frau) Axillen, Labien, Pubes, Zirkumanalgegend, Mammae eventuell Nabelgegend.

Der Reichtum an a-Drüsen ist nun nach Schiefferdecker bei verschiedenen Rassen verschieden, und auch hier finden sich wieder Unterschiede zwischen den beiden Geschlechtern; Frauen haben mehr, Männer weniger a-Drüsen. Je tiefer phylogenetisch ein Volk steht, um so größer ist sein Reichtum an a-Drüsen; je höher phylogenetisch es steht, um so geringer wird er. Beim Manne finden sich a-Drüsen nur noch in den Axillen und zirkumanal z. T. auch in den Pubes, bei Frauen auch noch an den genannten anderen Stellen.

Abb. 4.

Ein weiterer Unterschied zwischen a- und e-Drüsen ist ferner der, daß die e-Drüsen viel eher zur Funktion gelangen als die a-Drüsen. Die Entwicklung der a-Drüsen erfolgt mit dem Haar, noch vor den Talgdrüsen. Zur Funktion kommen sie aber erst — man weis dies bestimmt nur von den a-Drüsen des Achselhöhlenorgans, die anderen müssen daraufhin noch untersucht werden — zur Zeit der Pubertät, wo ja auch zur selben Zeit das Wachstum der mit den a-Drüsen zusammen angelegten Haare an den betreffenden Stellen einsetzt. Dann erweitern sich die bis dahin fast lumenlosen Schläuche. Man hat hieraus geschlossen, daß das Achselhöhlenorgan Schiefferdeckers in engerem Zusammenhang steht mit den Geschlechtsdrüsen und daß es von diesen beeinflußt wird. Hierfür spricht neben der Entwicklung zur Pubertätszeit die Vergrößerung der Drüsen zur Zeit der Gravidität, die Wälsch an den großen

Digitized by Google

Schweißdrüsen der Axillen in ganz auffälliger Weise nachweisen konnte. Neuerdings weist Loeschke auf Veränderungen an dem Schiefferdeckerschen Organ zur Zeit der Menstruation hin. Hiermit stände in Einklang die Angabe mancher Frauen, daß kurz vor der Periode mit der Schwellung und Verhärtung der Gegend um die Mammilla auch eine solche Veränderung in den Axillen bei ihnen auftrete. In derselben Richtung weist die bekannte Tatsache, daß der Achselgeruch bei Frauen, der an und für sich schon stärker ist wie bei Männern, zur Zeit der Periode wesentlich verstärkt ist. Diese Geruchstoffe, die sexuell zu reizen vermögen und bekanntlich im Tierreiche eine große Rolle spielen, werden von den Hautdrüsen abgesondert. „Besonders das Achselhöhlensekret scheint stark sexuell erregend zu wirken" (Schiefferdecker). Schiefferdecker ist geneigt, die a-Drüsen der Axilla, der Mamma, der Regio sexualis als ein Organ aufzufassen, das in engen Beziehungen und einer gewissen Abhängigkeit von den Sexualdrüsen steht.

Ich komme nun auf die Fox-Fordycesche Krankheit zurück. Die Veränderungen der Fox-Fordyceschen Krankheit sind streng gebunden an die Stellen des Körpers, an denen die erwähnten apokrinen Drüsen vorkommen. Bei Frauen finden wir die Axillen, die Pubes, die Labien, Perineum, Warzenhof, Nabelgegend befallen; an anderen Stellen ist die Fox-Fordycesche Krankheit nicht beschrieben, beim Manne (Fall Fox) werden nur die Axillen als befallen beschrieben; es finden sich beim Manne die genannten apokrinen Drüsen ja lediglich in den Axillen und zirkumanal (hin und wieder auch in den Pubes), bei der Frau außerdem an den Pubes, den Labien, dem Warzenhof, der Nabelgegend. Das anatomische Substrat der Fox-Fordyceschen Erkrankung, die histologischen Veränderungen sind nach Angabe der betreffenden Autoren und nach den Untersuchungen unseres Falles gebunden an Schweißdrüsenausführungsgänge und den Haarfollikel, in den die Schweißdrüse mündet, oder neben dem sie mündet, aus dem sie sich entwickelt hat. Diese Ausführungsgänge gehören zu den in der Tiefe gelegenen a-Drüsen, nicht zu den e-Drüsen, wie sich durch Serienschnitte bei günstiger Schnittführung einwandfrei erweisen läßt. — In der Literatur findet sich häufiger erwähnt, daß der Juckreiz, der ja das unangenehmste subjektive Symptom der Fox-Fordyceschen Krankheit ist, sich zur Zeit der Periode verstärkt. Dies würde seine Erklärung finden in der von Loeschke neuerdings behaupteten Beeinflussung des Achselhöhlenorgans durch die Menstruation. Dann fallen bei der Fox-Fordyceschen Krankheit die Haare an den betreffenden Stellen bekanntlich aus; wodurch das bedingt ist, ist im einzelnen nicht mit Sicherheit festgestellt. Ein Analogon hierzu haben wir in den Haaren um die Mammilla (Montgomerysche Drüsen), die zur Zeit der Geburt ausfallen können und später nach der Laktationsperiode wieder wachsen. Hier hätten wir einen Fall (Schiefferdecker), wo das Ausfallen des Haares in engen Zusammenhang zu bringen wäre mit einem bestimmten Funktionszustand der zu ihm gehörigen apokrinen Drüse. An eine ähnliche Möglichkeit wäre auch bei dem Haarausfall bei der Fox-Fordyceschen Krankheit zu denken.

Digitized by Google

Ich bin der Ansicht, daß wir die Fox-Fordycesche Krankheit auffassen müssen als eine Veränderung, die streng an die apokrinen Drüsen der Haut gebunden ist, daß sie eine Erkrankung, eine Veränderung der apokrinen Hautdrüsen darstellt, die wir als ein zu den Sexualdrüsen in enger Beziehung stehendes Organ ansehen müssen. Wir finden sie nur an den Stellen, an denen diese a-Drüsen vorkommen; bei der Frau an: Axillen, Pubes, Brustwarze, Labien, Nabelgegend; beim Mann: Axillen. Die mikroskopischen Veränderungeu sind gebunden an die Ausführungsgänge dieser Drüsen und deren Haarfollikel. Ob und inwieweit die zystischen Erweiterungen der betreffenden a-Drüsen pathologisch sind, muß noch festgestellt werden, ebenso ob die Art der Sekretion bzw. das Sekret pathologisch ist.

Über die Pathogenese der Affektion ist damit nichts gesagt. Dies wird erst möglich sein, wenn man künftige Fälle in ganz anderer Richtung hin untersucht, als dies bisher geschehen ist. Bezüglich der publizierten Fälle läßt sich dies kaum nachholen.

Die Untersuchungen Schiefferdeckers über die Hautdrüsen werden von großer Bedeutung sein für unsere Ansichten über pathologische Veränderungen, die mit diesen Organen zusammenhängen; Schiefferdecker spricht dies am Schluß seiner Monographie aus; er sagt, daß wir in Zukunft streng unterscheiden müssen, ob solche pathologische Bildungen von ekkrinen oder apokrinen Drüsen ausgehen. Kyrle hat den Schiefferdeckerschen-Untersuchungen bei Besprechung des Syringozystadenoms bereits weitgehend Rechnung getragen. Aber auch bezüglich entzündlicher Veränderungen der Oberfläche der Haut an den Stellen der erwähnten apokrinen Drüsen wäre an einen eventuellen Zusammenhang mit diesen Drüsen zu denken. Kennen wir doch entzündliche, flächenhafte Affektionen der Haut in den Axillen, den Pubes, Labien und Inguinalbeugen, die mit der dort in besonders starkem Maße auftretenden „Schweißbildung" in Zusammenhang gebracht werden.

Erklärung der Abbildungen.

(Sämtliche Schnitte stammen von eben beginnender Knötchenbildung. Bei lange bestehender sind vor allem die entzündlichen Veränderungen stärker.)

Abb. 1. Schnitt durch ein Knötchen der Fox-Fordyceschen Krankheit aus der Achselhöhle. Zwei lange Epithelzapfen ziehen in die Tiefe in die Richtung der unten gelegenen a-Drüse. Im oberen Teil derselben sind je ein Schweißdrüsenausführungsgang sichtbar, die, wie aus den folgenden Serienschnitten zu ersehen ist, zu dem unten gelegenen a-Drüsenpaket gehören (s. Abb. 2). Die links gelegene Mündung des Schweißdrüsenausführungsganges zeigt deutlichen parakeratotischen Hornpfropf. Um die Epithelzapfen herum bis zu den Drüsen hin starker Infiltratmantel; auch um die Gefäße der Nachbarschaft der Epithelzapfen im subpapillären Raum Infiltrate. Oberhalb des Drüsenpaketes ist der — erweiterte — Drüsenausführungsgang angeschnitten.

Abb. 2. Einige Schnitte weiter wie Abb. 1 dieselbe Stelle. An dem links gelegenen Epithelzapfen ist deutlich zu sehen, daß der Ausführungsgang der unten gelegenen a-Drüsen den Epithelzapfen in ganzer Länge durchbohrt, daß die Epithelwucherung um den Ausführungsgang angeordnet ist. Die Verhornung reicht ziemlich tief in den Ausführungsgang hinein; im Gegensatz zur Oberfläche hier reine Hyperkeratose.

Abb. 3. Dieselbe Stelle wie 1 u. 2, etwa 10 Schnitte weiter wie Abb. 2. Es ist nur noch der rechte Epithelzapfen von Abb. 1 u. 2 zu sehen, der, wie dieses Bild zeigt, in eine Haaranlage übergeht. Haar im Bulbusteil ist atrophisch, Kolbenhaar steckt nur

Digitized by Google

noch in Resten in den Scheiden drin, der Haarschaft erreicht nicht die freie Oberfläche. Im oberen Teil ist der Haarbalg ein solider Epithelstrang. Hier findet sich innerhalb der Höhe der Epidermis ein Loch mit keratotischer Begrenzung, die schräge Einmündung eines Talgdrüsenganges, der mit dem Haar nach außen mündete.

Abb. 4. Drüsenschläuche aus dem in Abb. 1 u. 2 unten sichtbares a-Drüsenpaket. Im Lumen im homogenen Sekret deutlich Zellkerne (apokriner Sekretionstyp), starke Vergrößerung.

Literatur.

1. v. Karworski und Doback, Arch. f. Derm., 1924, Bd. 148, H. 1. — 2. Schiefferdecker, Die Hautdrüsen der Menschen und der Säugetiere, ihre biologische und rassenanatomische Bedeutung sowie der Musculus sexualis. Schweizerbartsche Verlagshandlung, Stuttgart 1922. — 3. Wälsch, Über Veränderungen der Achselschweißdrüsen während der Gravidität. Arch. f. Derm., 1913, Bd. 114. — 4. Kyrle, Histobiologie der menschlichen Haut und ihrer Erkrankung, Bd. 1. Springer 1925. — 5. Lorschke, Zbl. f. Pathol., 1924, Bd. 34.

Aus der Dermatologischen Klinik der Karls-Universität in Prag
(Vorstand: Prof. Dr. Šamberger).

Ein weiterer Beitrag zu der intravenösen Bromtherapie.

Von

Priv.-Doz. Dr. Karel Hübschmann, Assistent.

In Nr. 35 (1924) der Dermatologischen Wochenschrift publizierte Lebedjew einen sehr interessanten Artikel „Ein neues Verfahren zur Ekzembehandlung". Das Neuartige in der Arbeit Lebedjews war die intravenöse Einverleibung des Broms, das Überraschende das fast anstandslose Vertragen der stark konzentrierten Brominjektionen.

Die guten Erfolge, die hier veröffentlicht wurden, interessierten uns überaus nicht nur in praktischer, sondern auch in therapeutischer Hinsicht. Mit den Eigenschaften des Broms und seiner Wirkung im Organismus haben wir uns schon in einer früheren Arbeit über das Bromoderma beschäftigt[1])[2]). Nun lagen aber in der Arbeit von Lebedjew einige neue Beobachtungen vor, die dazu zwangen, dieses Problem wieder einmal von einer anderen Seite zu betrachten.

Die Pharmakologie (siehe z. B. die betreffenden Lehrbücher von Lhoták, Meyer-Gottlieb u. a.) kennt besonders die spezifische Wirkung der Bromide auf die Nervenzentren. Die Wirkung äußert sich in einer Depression der psychischen Funktionen, verminderter Reaktivität der motorischen Partien der Gehirnrinde und Herabsetzung der Funktionen des verlängerten Markes und des Rückenmarkes. Das Brom kann weiter die pathologisch gesteigerte Erregbarkeit des Zentralnervensystems herabsetzen, die höheren Hirnzentren vor einer toxischen Überreizung schützen, nervöse Erregungen beseitigen, die Erregungszustände der Arteriosklerotiker mildern usw. Sein spezifischer Einfluß auf das Nervensystem unterliegt keinem Zweifel. Es müssen aber die Bromionen im

[1]) K. Hübschmann, Bromoderma a kalciová therapie. Česká Dermatologie, Bd. 2, Nr. 4—5. — [2]) K. Hübschmann, Některé další nálezy při bromodermatu. Ibidem, Bd. 3, Nr. 10.

Digitized by Google

Blute in genügend großer Konzentration zirkulieren, was wohl die intravenöse Methode von LEBEDJEW gründlicher und schneller als das per os dargereichte Brom bewirken kann.

LEBEDJEW ging von der schon längst vertretenen Ansicht mehrerer Autoren aus, daß ein Zusammenhang wenigstens mancher Ekzeme mit Veränderung des Nervensystems existiere. Ein weiterer Ansporn zu solcher Therapie war besonders auch der heftige Juckreiz der Ekzeme und mancher anderen Hautkrankheiten. Aus diesen und ähnlichen Erscheinungen wurde auf einen ätiologischen Zusammenhang mit den Veränderungen des Nervensystems geschlossen.

Unsere ersten Erfahrungen mit der intravenösen Bromtherapie bei etwa 15 Fällen habe ich bereits publiziert[1]). Da wir indessen neue interessante Beobachtungen machten und die Zahl unserer Fälle einstweilen auf 20 sich vermehrte, soll über sie hier näher referiert werden. Unsere Technik war dieselbe, mit welcher LEBEDJEW arbeitete; auch wir benutzten also eine sterile 10%ige Lösung des NaBr in physiologischer Kochsalzlösung. Da wir aber nicht der immer „ad hoc" zubereiteten Lösung trauten (eine Vorsichtsmaßregel, die vielleicht bei intravenösen Injektionen niemals überflüssig ist), haben wir uns an die chemische Fabrik Pragochemia-Prag mit der Bitte um Herstellung solcher sterilen Injektionen in zugeschmolzenen Ampullen gewendet. Es ist unsere Pflicht, an dieser Stelle der betreffenden Fabrik für ihr Entgegenkommen zu danken. Alle unsere Kranken wurden mit diesen von der „Pragochemia" fertig gelieferten Injektionen behandelt. Wir gingen immer so vor, daß der Inhalt einer Ampulle (vorher im Wasserbade auf 37° erwärmt oder auch ohne eine Erwärmung) direkt in eine sterile zur Injektion vorbereitete Spritze eingezogen wurde. Sonst haben wir uns immer der bei Neosalvarsan-Injektionen bewährten Vorsichtsmaßregeln bedient. Zum erstenmal injizierten wir gewöhnlich 3—5 ccm, dann 5—10 und zuletzt den Inhalt einer ganzen Ampulle, also 10 ccm (entspricht 1 g NaBr). Wir machten die Injektionen jeden oder jeden 2. Tag. Manchmal genügten 2—5 Injektionen, zuweilen sind wir bis auf 15 Injektionen gestiegen.

Obwohl sich in unserem Material auch schwächliche Individuen sowie ganz alte Leute (über 70 Jahre alt) befanden, wurden alle diese Injektionen anstandslos vertragen. Auch wenn sie ambulant verabreicht wurden.

Bei unseren 20 Patienten handelte es sich durchwegs um Ekzemfälle der verschiedensten Formen. Außerdem behandelten wir 3 Fälle von Dermatitis arteficialis und je 1 Fall von Lichen ruber planus, Psoriasis vulgaris und Pruritus senilis.

Wegen Platzmangel können wir nur einige Dekurse ganz kurz anführen:

Fall 1. F. H., 71 Jahre alter Mann.

Diagnose: Eczema chronicum — acute exacerbans.

8. I. Vormittags intravenöse Injektion von 4 ccm einer 10%igen NaBr-Lösung Pragochemia und lokale Applikation von indifferenter Paste (Rp. Zinci oxyd. 5,0, Terrae silic. 1,0, Vasel. ad 20,0).

---

[1]) K. HÜBSCHMANN, Příspěvek k aetiologii a therapii ekzemu. Časopis Lékařů Českých, 1925, str. 7.

Digitized by Google

Nachmittags sind alle erkrankten Stellen blaß, das Hautödem geringer geworden und der Juckreiz fast vollständig verschwunden.

9. I. Injektion von 8 ccm NaBr-Lösung Pragochemia. Weitere Besserung.

10.—12. I. Jeden Tag Injektion von 10 ccm der NaBr-Lösung Pragochemia. Andauernde Besserung.

13.—14. I. Wurden die Brominjektionen fortgelassen; die Lokaltherapie ist dieselbe wie früher geblieben.

15. I. Die Haut an allen erkrankten Stellen entzündet und auch die subjektiven Beschwerden treten wieder auf. Nach Einleitung der Bromtherapie erfolgt jedoch wieder progressive, schnelle Besserung, so daß der Patient am 23. I. geheilt entlassen werden konnte.

Dieser Fall zeigt deutlich die günstigen Wirkungen der Brominjektionen. Sobald von ihnen Abstand genommen wurde, erfolgte prompt eine Verschlimmerung trotz gleicher lokaler Therapie.

Nicht weniger interessant ist seines Verlaufes und des Erfolges der Bromtherapie wegen der 2. Fall:

Fall 2. J. H., 20jähr. Arbeiter. Der Patient litt seit längerer Zeit an Psoriasis vulgaris.

Im Dezember 1924 kam es nach Verwendung einer Salbe zur Reizung der Haut, die im Gesicht und auch auf dem übrigen Körper rot und ödematös wurde. Gleichzeitig trat, insbesondere abends Fieber auf. Die Affektion juckte intensiv. An zahlreichen Stellen, so besonders in den Axillen, auf den Innenflächen der Oberschenkel, in den Popliteal- und Kubitalgegenden nässende Hautflächen.

9. XII. Um 4 Uhr Temperatur 38,1°. Intravenöse Injektion von 7 ccm NaBr Pragochemia.

10. XII. Der Juckreiz läßt nach. Der Patient schlief nach einer Reihe von schlaflosen Nächten. An diesem und auch an den nächsten Tagen bis zum 17. XII. erhielt der Patient Injektionen von 10 ccm NaBr Pragochemia. Lokal indifferente Therapie.

21. XII. Neue Irritation, weswegen wiederum Rückkehr zur Bromtherapie bis zur vollkommenen Heilung.

Auch in dem Fall handelte es sich um deutliches Aufflammen des Prozesses nach Unterbrechung der Bromtherapie, obwohl die indifferente Lokaltherapie beibehalten wurde. Wir möchten noch mit besonderem Eindruck die schnelle und gute Heilung dieser Hautaffektion betonen, die ja oft auch bei vorsichiger Behandlung nur langsame Besserung aufweist.

Bei allen **Ekzemen,** die wir mit Brominjektionen behandelten, konnten wir eine gute Heilungstendenz konstatieren. Sie war um so rascher und besser, je akuter der Prozeß war. Insbesondere war es das Nässen und der Juckreiz die sehr rasch schwanden.

Fall 3. M. G., 76 Jahre alter Mann.

Sehr hartnäckiger Pruritus senilis, welcher den Kranken des Schlafes beraubt.

3. II. 1. Brominjektion (Pragochemia) 3 ccm.

4. II. Der Patient gibt an, daß er zum erstenmal nach vielen Nächten wieder einmal geschlafen habe. Der Juckreiz weit geringer.

2. Brominjektion (Pragochemia) 10 ccm.

5. II. Fast ohne Juckreiz.

3. Brominjektion (Pragochemia) 10 ccm.

6.—9. II. Jeden Tag 10 ccm der Bromlösung.

9. II. Entlassen. Andauerndes Wohlbefinden.

Der Patient kam am 21. II. zur Kontrolle und war vollkommen ohne Beschwerden.

Was den Lichen ruber planus anbelangt, so konnten wir mit den Brominjektionen einstweilen nur einen einzigen Patienten behandeln. Ohne auf die Einzelheiten des Falles an dieser Stelle einzugehen, möchten

Digitized by Google

wir nur hervorheben, daß der Effekt der Bromtherapie ein ausgezeichneter war. Schon nach der ersten Injektion wurde das Jucken geringer und verschwand allmählich überhaupt. Nach 15 Injektionen war die Krankheit soweit gebessert, daß der Patient auf eigenes Verlangen entlassen werden konnte.

Es ließen sich weiter noch mehrere Beobachtungen über die intravenösen Brominjektionen anführen. Aus allen geht eindeutig hervor, daß der Erfolg unserer Bromtherapie manchmal ein vorzüglicher (besonders bei akuten und subakuten Fällen) und sonst wenigstens ein guter war. Wie kann man sich solche Resultate erklären?

Bei den Ekzemen z. B. begehen alle bisherigen Theorien nach Ansicht Prof. Šambergers[1]) einen großen Fehler. Da sie behaupten, daß es sich beim Ekzem nur um eine Entzündung handelt, können sie nicht bestimmt sagen, wo die Grenzen zwischen einer oberflächlichen Hautentzündung und einem Ekzem oder zwischen Ekzem und einer ekzematoiden Dermatitis liegen. Prof. Šamberger sieht dagegen im Ekzem ein typisches Beispiel derjenigen Hautveränderungen, welche durch zwei pathologisch-anatomische Prozesse, nämlich Hautentzündung und permanente Hyperproduktion der Lymphe bedingt sind. Einer „ekzematösen Diathese" liegt eine gewisse Überempfindlichkeit des lymphsekretorischen Apparates zugrunde. Diese Überempfindlichkeit betrifft entweder die Kapillarendothelien oder die Nerven, welche die Sekretion beherrschen. Nur allein die permanente Hyperproduktion der Lymphe kann nach Prof. Šamberger Ursache des Nässens, besonders des länger andauernden Nässens sein. Und das Jucken ist nicht nur beim Ekzem, sondern auch bei Urtikaria, Pemphigus pruriginosus, Dermatitis Duhring usw. der Hyperproduktion der Lymphe zuzuschreiben.

Wir haben nun bei unseren Fällen gefunden, daß sowohl das Jucken als auch das Nässen und der ganze pathologische Prozeß überhaupt durch die Brominjektionen sehr gut beeinflußt wurde. Auf welche Art und Weise? Höchstwahrscheinlich im Einklange mit den Erfahrungen der Pharmakologen durch das Nervensystem. Zentral oder peripherwärts? Diese Frage ist schwer zu entscheiden. Für die zentrale Wirkung spricht die Pharmakologie und die Tendenz des Ekzems sehr oft unter symmetrischer Verbreiterung universal zu werden. — Für periphere Einwirkung hätten wir aber auch einige Stützpunkte. Insbesondere die Beobachtung, daß die Wirkung der Brominjektionen manchmal zuerst an den Stellen der intravenösen Injektion sichtbar wird. Und warum sollte das Brom nicht an Ort und Stelle, wo die Bromionen am konzentriertesten sind, direkt auf die Nervenendigungen oder auf eine andere Weise einwirken, sondern erst auf dem Umwege über das zentrale Nervensystem?

Wir haben auch gesehen, daß z. B. die Ekzeme, welche Professor Šamberger der pathologischen Hyperproduktion der Lymphe zuschreibt, sehr gut nach Brom zurückgehen. Ist hier die Wirkung des Broms als eine Beeinflussung der Hyperproduktion der Lymphe anzusehen? Alle

[1]) Über das Wesen des Ekzems. Münchener Kongreß der deutschen dermat. Gesellschaft, Arch. f. Derm., Bd. 145.

Digitized by Google

unsere Beobachtungen wären durch eine solche Beobachtungsweise leicht erklärbar. Das Brom konnte ganz gut die pathologisch gesteigerte Reizbarkeit des lymphogenen Apparates auf dem Wege der Nerven beeinflussen.

Die Wirkung des Broms ließe sich auf Grund unserer meisten Beobachtungen zusammenfassend in folgender Weise am besten erklären: Das Brom wirkt nicht nur auf dem Wege der Nervenzentren, wie es die Pharmakologie kennt, sondern auch direkt auf die peripheren Nervenendigungen. Es könnten aber auch bei der Bromwirkung kolloidal-chemische Prozesse in Betracht kommen. Es wird vielleicht möglich sein, durch weitere Arbeiten zur Beantwortung dieser Frage beizutragen.

Dies wären in aller Kürze unsere bisherigen Erfahrungen und Probleme, zu denen wir bei der intravenösen Bromtherapie gelangt sind. Wir beabsichtigen, dieselben weiter durchzuprüfen. Nicht nur bei allen den von Lebedjew angeführten Krankheiten, sondern auch bei einigen anderen. So z. B. bei Pemphigus pruriginosus, Dermatitis Duhring, Herpes zoster u. a. Die Befunde von Lebedjew können wir im großen ganzen vollkommen bestätigen. Nur in einer Hinsicht sind wir einer anderen Meinung. Wir betrachten auch bei den Brominjektionen die lokale Therapie nicht für überflüssig, sondern möchten sie beibehalten.

Viele von unseren Patienten sind sicher eine zu kurze Zeit beobachtet worden und auch die Zahl der Fälle ist ungenügend. Aber die Resultate sind so interessant, daß wir nicht mit ihrer Publikation zögern. Wir wollen dadurch einen Anlaß zur weiteren Durchprüfung dieser Therapie geben, und zwar nicht nur auf dem Gebiete der Dermatologie, sondern auch in der Gesamtmedizin überhaupt. — Überall dort, wo bisher das Brom nur per os verabreicht wurde und wo eine prompte und durchgreifende Wirkung wünschenswert ist. Daß eine solche Wirkung durch intravenöse Brominjektionen[1]) erreichbar ist, wird wohl kaum jemand bezweifeln.

Nachtrag.

Nach Beendigung der Arbeit ist uns die erste Mitteilung über die intravenöse Bromtherapie in die Hände gekommen. Es ist eine kurze vorläufige Mitteilung über etwa 10 Fälle von Wolff in der Derm. W., 1925, Nr. 4. Der Autor berichtet über seine guten Erfahrungen mit dieser Methode.

---

[1]) Die fertigen sterilen Brominjektionen in zugeschmolzenen Ampullen fabriziert die chemische Fabrik Pragochemia-Prag unter dem Namen „Bromén".

Digitized by Google

Zum Problem der Salvarsanwirkung.

Schlußwort zu der gleichnamigen Arbeit von H. MÜHLPFORDT in Bd. 79, Nr. 42b dieser Wochenschrift.

Von

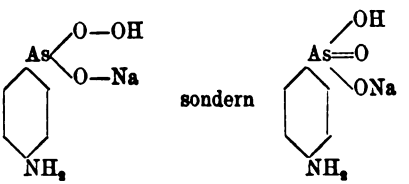
Dr. JOSEF SCHUMACHER in Berlin.

Es ist jedenfalls sehr erfreulich, daß MÜHLPFORDT den Versuch unternimmt, die schwebenden dermatologischen Fragen ebenfalls von einer anderen Seite aus zu beleuchten. Allerdings vermag MÜHLPFORDT seine dargelegten Theorien nicht durch genügend lange und eingehende experimentelle Untersuchungen zu stützen, weshalb auch seine Schlußfolgerungen teilweise mit der Wirklichkeit in Widerspruch stehen[1]).

Mit meinen experimentellen Untersuchungen stehen die Ausführungen von MÜHLPFORDT vor allem darin in Widerspruch, daß MÜHLPFORDT die Spirochaeta pallida als sauerstoffreichen Parasiten ansieht, während die exakte Forschung einwandfrei ergeben hat, daß gerade das Gegenteil der Fall ist. Die Erwähnung der Tatsache, daß nach UNNA alle Kerne Sauerstofforte seien, ist doch kein Beweis dafür, daß die Spirochäten nun ebenfalls sauerstoffreiche Mikroorganismen sein müssen. Denn erstens steht noch gar nicht fest, ob die Spirochäten einen Kern haben, was jedoch der Fall sein dürfte — es gibt doch auch kernlose Zellen —, und zweitens ist noch lange nicht gesagt, daß dieser Kern nun ebenfalls ein Sauerstoffort sein muß; gerade nach UNNA ist es doch der Amöbenkern und so wahrscheinlich auch der Trypanosomenkern beispielsweise nicht. MÜHLPFORDT ist ferner der Ansicht, daß die Wirkung des Salvarsans auf die Syphilisspirochäte keine Arsenwirkung, sondern eine einfache Reduktionswirkung sei, was aber nicht bewiesen wird[2]). Betrachtet er die Salvarsanwirkung nur als eine Reduktionswirkung, dann hätte er sich die Frage vorlegen müssen, warum dann nur die nach seiner Ansicht sauerstoffreichen Spirochäten abgetötet werden und nicht gleichzeitig auch die sauerstoffreichen Körperzellen, während diese Frage sofort befriedigend zu beantworten war, als man nachweisen konnte, daß die Spirochaeta pallida ein sauer-

---

[1]) Nebenbei mache ich Herrn MÜHLPFORDT darauf aufmerksam, daß die von ihm angebenen Konstitutionsformeln der Salvarsanabkömmlinge unrichtig sind. Die OH-Gruppe im Atoxyl sitzt nicht am Sauerstoff, sondern am Arsen; die Formel lautet daher nicht:



Dasselbe trifft für die Formel des Arsazetins und des p-aminophenylarsinsauren Natriums zu. Die Formeln der Arsinoxyde sind ebenfalls nicht richtig, auch da, wo sie MÜHLPFORDT in das SIEBURGsche Schema des Salvarsanabbaues eingefügt hat. In den Arsinoxyden ist das Arsen nicht V-wertig, sondern III-wertig, nur mit einem, nicht mit zwei Sauerstoffatomen verbunden. — [2]) Denn die von POSTOJEW nach Salvarsaninjektionen beobachtete Leukozytose läßt sich ebensogut auf andere Weise erklären, indem man nämlich annimmt, daß der Körper, um seine Zellen möglichst vor dem Angriff des Salvarsans zu schützen, seine Hauptkampftruppen, die lipoproteidhaltigen Leukozyten, an den Ort des Kampfplatzes wirft, mit der Aufgabe, kraft ihres Lipoproteidgehaltes einen großen Teil des Salvarsanumwandlungsproduktes bereits chemisch zu binden, damit unwirksam zu machen, ehe es die Zellen der viel empfindlicheren Körperorgane erreichen kann. TRYB konnte ferner keine Phagozytose verstäubten Salvarsans finden, weil das Salvarsan sowohl in Wasser als auch in Körperflüssigkeiten löslich ist.

Digitized by Google

stoffarmer Parasit ist[1]). In Widerspruch mit diesen Anschauungen steht auch die Erfahrung, daß die nicht reduzierende Gruppen tragenden Arsenikalien, beispielsweise das Arsenophenylglyzin, der Arsenooxyphenylharnstoff und das Azetaminoarsenophenol ebenfalls wirksame Arsenikalien sind, wenn man auch zweifelsohne besonders von ersteren sehr viel höhere Dosen zur Heilung gebraucht als bei den reduzierende Gruppen tragenden Arsenpräparaten. Dieser Befund spricht allein dafür, daß dem Arsen ein wesentlicher Anteil an der spirilloziden und trypanoziden Wirkung zukommt. Weiter muß man sich fragen, wenn die Salvarsanwirkung nur auf seiner reduzierenden Wirkung beruhen würde, warum dann nicht ebenfalls die reduzierenden und die Arsenogruppen tragenden karboxylierten und sulfurierten Salvarsane wirksam sind, die sich vom Salvarsan doch nur durch die eingeführte COOH- bzw. SO_3H-Gruppe unterscheiden, ganz zu schweigen von der schlechten Wirksamkeit des dem Salvarsan isomeren 2,2'-Dioxy-4,4'-Diaminoarsenobenzol. Hieraus hätte Mühlpfordt allein ersehen müssen, daß seine Theorie nicht stimmt, ja er hätte erkennen müssen, daß es weder die Arsenwirkung allein noch diese zusammen mit derjenigen der reduxophoren Gruppen sein kann, die die Spirillozidie zur Folge hat, sonst hätten ja zweifelsohne die karboxylierten und sulfurierten Salvarsane gute therapeutische Heilmittel sein müssen. Hier kommt noch ein drittes uns bis vor kurzem unbekanntes Moment hinzu, eine conditio sine qua non für ein optimal spirillozid wirkendes Präparat: die Lipoproteidlöslichkeit des betreffenden Arsenikale oder seines primären Umwandlungsproduktes in vivo. Auch müßte, wenn die Mühlpfordtsche Ansicht zu Recht bestehen würde, das Salvarsan die Parasiten in vitro vernichten und nicht erst in vivo. Auch die V-wertiges Arsen tragenden Arsenikalien reduzieren, beispielsweise die p-Oxy-m-aminophenylarsinsäure, und dennoch ist ihre Wirkung eine sehr geringe, erheblich besser schon diejenige der entsprechenden Oxyde. Auch hierfür kennen wir die Gründe[2]). Auch für die in geringem Grade vorhandene Heilwirkung der von Mühlpfordt zitierten Farbstoffe kann unmöglich deren schwach reduzierende Eigenschaft verantwortlich gemacht werden, die in Parallele zu setzen ist mit der ebenfalls nur schwach reduzierenden Eigenschaft der Eiweiße, denn auch Eiweißlösungen bläuen bekanntlich das Unnasche Eisenzyangemisch. Wenn Mühlpfordt die schwach reduzierende Eigenschaft dieser Stoffe für deren Einfluß auf die Lues verantwortlich machen will, dann weiß ich nicht, warum die Spirochäten nicht selbst an ihrem ebenfalls schwach reduzierenden Eiweißgehalt zugrunde gehen.

Die exakte Forschung hat gezeigt, daß es gerade das Arsen ist, dem die Arsenikalien ihre spezifische Wirkung verdanken, und daß dieser eine typische Arsenwirkung zugrunde liegt, die auf einer Sauerstoffentziehung wie bei der arsenigen Säure beruht. Nur weil die aus den Arsenikalien, besonders aus dem Salvarsan entstehenden Umwandlungsprodukte elektiv von den lipoproteidhaltigen Spirochäten gebunden werden und nicht in gleicher Weise auch von den Körperzellen, entfaltet sich die Arsenwirkung auch vorzugsweise nur an den Parasiten, während die Körperzellen fast verschont bleiben. Da ferner ein großer Teil des Salvarsans den Organismus bereits verlassen hat, ehe durch weitgehendere Oxydation stark wasserlösliche Arsinsäuren oder gar arsenige Säure ist, tritt die gemeinhin als Arsenwirkung bezeichnete Schädigung nach einer Salvarsaninjektion nicht zutage. Mit dieser Behauptung, daß die gemeinhin als Arsenwirkung bezeichnete Schädigung nach einer Salvarsaninjektion nicht zutage tritt, hat Mühlpfordt zweifelsohne Recht. Erst viel später, wenn

[1]) Ich glaube aber bereits in München (Mai 1923) überzeugend nachgewiesen zu haben, daß die Wirkung des Salvarsans auf der Reduktionswirkung des As! plus derjenigen seiner reduxophoren Gruppen (NH_2- plus OH-Gruppen in ihrer Gesamtheit) beruht, dadurch, daß alle sauerstoffreichen Bakterien- und Körperzellen von einer gewissen Salvarsankonzentration im Blute kraft ihres größeren Sauerstoffreichtums nicht tödlich geschädigt werden, wohl aber die sehr sauerstoffarmen Spirochäten und Trypanosomen. Die Angabe Mühlpfordts, daß die Wirkung des Salvarsans auf die Spirochäten keine einfache chemische Wirkung sei, sondern eine biochemische, bei der die Spirochäte ihres Sauerstoffgehaltes beraubt, erstickt würde, stimmt mit meiner Auffassung überein. Ich fügte in meinem Münchener Vortrage noch hinzu, daß die Spirochäten chemisch gesprochen: reduziert, biologisch gesprochen: erstickt würden. — [2]) „Ergebnisse der Syphilisforschung". Derm. W., 1925. S. ferner „Zum Chemismus der Salvarsanwirkung in vitro und in vivo". „Über die Wirkungsweise der III- und V-wertigen Arsenikalien. Biochem. Zschr., 1925.

Digitized by Google

das von den Parasiten und den Lipoproteiden des Protoplasmas der Körperzellen gebundene As hochgradig oxydiert und weiter abgebaut worden ist, kommt langsam höchstwahrscheinlich arsenige Säure als Natriumsalz in den Kreislauf, das die manchmal beobachtete stärkere Gewichtszunahme bedingen dürfte und bei Auftreten größerer Mengen im Kreislauf auch einmal ernstere Arsenschädigungen, jetzt auch im Organismus zur Folge haben kann.

Eine typische As-Wirkung tritt also aus den eben erörterten Gründen beim Salvarsan bezüglich des Organismus nicht zutage, wohl aber bezüglich der Parasiten. „Wer aber noch immer nicht überzeugt ist, daß das As-Molekül im Salvarsan auf die Luesspirochäte ganz wirkungslos ist, sollte sich doch fragen, woher es kommt, daß andere Arsenverbindungen[1]) nicht wirken." MÜHLPFORDT hat schon Recht, wenn er annimmt, daß die Wirkung des Salvarsans auf die Spirochäten eine Reduktionswirkung ist; er irrt aber, wenn er glaubt, daß diese Wirkung auf der starken Reduktionskraft der beiden OH- und NH_2-Gruppen des Salvarsans beruht.

Zusammenfassend können wir also sagen: Die Reduktionswirkung, die sich gegenüber den Spirochäten geltend macht, geht, wie oben bereits auseinandergesetzt, gerade von dem sauerstoffbegierigen III-wertigen Arsen[2]) aus, kann sich an den Parasiten aber nur dann entfalten, wenn das betreffende Arsenikale bzw. sein Umwandlungsprodukt lipoproteidlöslich ist. Daher die dystherapeutische Wirkung der karboxylierten und sulfurierten Salvarsane, bei denen durch diese chemischen Substitutionen physikalisch die Löslichkeit in den Lipoproteiden der Parasiten herabgesetzt bzw. bei dem sulfurierten Präparat vernichtet ist[3]).

Wenn MÜHLPFORDT zur Behandlung der Lues hohe Salvarsandosen verlangt, so stimme ich ihm hierin völlig bei, worauf ich ja auch schon früher[4]) zu sprechen kam. Lieber zwei Injektionen mit relativ hohen Salvarsandosen als vier Injektionen mit der Hälfte der Dosen. Darüber müssen wir uns endlich einmal klar werden: Sitzen die Spirochäten noch nicht in dem lipoproteidreichen Milieu des Zentralnervensystems, sind sie also noch durch das Salvarsan zu erreichen, so werden sie wahrscheinlich durch eine einzige große Salvarsandose schon restlos vernichtet. Dann brauchen wir aber den Organismus nicht durch weitere Salvarsanzufuhr zu schädigen, die ihm keinen Nutzen mehr bringen kann. Denn eine Schädigung tritt in jedem Falle ein durch die relativ geringen, auch vom Organismus zurückgehaltenen Salvarsanmengen, die alsdann langsam abgebaut und als arsenige Säure in den Kreislauf gelangen. Sitzen die Spirochäten aber einmal im Parenchym des Zentralnervensystems, so wird durch eine zweite, dritte oder sogar vierte Salvarsaninjektion gar nichts mehr erreicht, da sich im Blute und in den Organen, zu denen das Salvarsan gelangen kann, keine Spirochäten mehr befinden dürften bei hinreichend hoher vorhergegangener Salvarsananfangsdose und die im Gehirn sich aufhaltenden Spirochäten durch das Salvarsan nicht mehr erreicht werden können. Um ein gewisses Sicherungsmoment einzuschalten, kann man eine zweite und dritte Salvarsaninjektion vielleicht verantworten, wiederum eine solche nach einem Zeitraum von mehreren Wochen. Dazwischen müssen wir aber die durch das Salvarsan nicht mehr erreichbaren Spirochäten im Zentralnervensystem und vielleicht auch in einigen anderen Organen, was sich bis jetzt noch unserer genauen Kenntnis entzieht, auf indirektem Wege über die Körperzelle durch die Wirkung des Quecksilbers oder Wismuts zu schädigen versuchen.

Wir haben noch auf einige andere Punkte der MÜHLPFORDTschen Arbeit einzugehen. Was die Bindung des Salvarsans an die Zelle anlangt, so habe ich mich nicht gegen EHRLICHS Anschauung gewandt, sondern ebenfalls schon 1917[5]) in meiner diesbezüglichen Arbeit betont, daß auch das Zellprotoplasma eine Affinität zum Salvarsan besitze, wie die Bräunung des Protoplasmas bei dem Salvarsan-Albarginbild beweise, allerdings dort behauptet, wie das in der Tat bei der toten Zelle der Fall ist, daß die Nukleinsäure des Zellkerns den größten Teil des Salvarsans binde. Meine weiteren Untersuchungen haben aber inzwischen ergeben, daß auch die „basischen Eiweiße" der

[1]) Er meint hier offenbar nur die anorganischen As-Verbindungen und nicht auch die übrigen EHRLICHSchen Arsenikalien. — [2]) Im Salvarsan unterstützt durch die reduzierende Wirkung der OH- und NH_2-Gruppen. — [3]) SCHUMACHER, „Zur Chemie der Desinfektion und über Beziehungen zwischen chemischer Konstitution und pharmakologischer Wirkung". Vortr. v. d. Berl. Mikrobiol. Ges., 17. Nov. 1924. Zschr. f. angew. Chemie, 1925, Nr. 2, S. 35ff. — [4]) Derm. W., 1922, S. 47/48. — [5]) Derm. W., 1917, Nr. 65, S. 850.

Digitized by Google

Bakterien und Spirochäten, die wir heute als aus einem Lipoproteid bestehend kennen, Salvarsan zu binden vermögen, worauf ich bereits in Würzburg und München zu sprechen kam. Heute wissen wir, daß es bei der lebenden Zelle gänzlich anders ist, die Nukleoproteide dort kein Salvarsan zu binden vermögen[1]), sondern dieses nach seiner Umwandlung zur Base von den Lipoproteiden der Körper- und Spirochätenzelle fixiert wird. Ferner habe ich nirgends behauptet, daß das Salvarsan vom Kern der toten Zelle deshalb gebunden werde, weil der Kern ein Sauerstoffort sei, sondern weil er Nukleinsäure enthält. Ferner ist nicht ersichtlich, auf Grund welcher Tatsachen Mühlpfordt die Behauptung aufstellt, daß das Salvarsan in dem Momente, wo es den Kernsauerstoff aufgenommen habe, seine spezifische Wirkung auf die Syphilisspirochäten verloren habe. Soweit wir bis heute wissen, wird hierbei, wie auch Mühlpfordt betont, das Salvarsan zu Oxyaminophenylarsinoxyd oxydiert, dem doch gerade nach den Untersuchungen von Ehrlich und Hata ebenfalls eine intensive Einwirkung auf die Lueserreger zukommt. Diese Produkte entfalten, ebenso wie das Salvarsan, noch eine Wirkung, weil sie noch III-wertiges Arsen enthalten, das durch die Sauerstoffentziehung der Körper- oder Spirochätenzellen in die V-wertige Form übergehen kann. Letztere Produkte erst entfalten keine Heilwirkung mehr, weil sie, wie wir wissen, hochgradig oxydiert sind und nicht mehr von dem Lipoproteid der Spirochäten elektiv gespeichert werden können.

Mühlpfordt behauptet ferner, daß die starke Reduktionsfähigkeit des Salvarsans durch die NH_2- und OH-Gruppen in ortho-Stellung bedingt werde. Einen Beweis hierfür führt er aber nicht an. Warum sind nicht ebensogut die beiden Hydroxylgruppen oder die Arsenogruppen für diese Reduktion verantwortlich zu machen? Daß zwei Hydroxylgruppen hochgradig zu reduzieren vermögen, wenn sie an einem Benzolkern sitzen, wissen wir; warum sollen sie nicht auch einmal reduzieren, wenn sie an zwei verschiedenen Benzolkernen in einem Molekül sitzen? Warum sollen nicht die Arsenogruppen zu reduzieren vermögen, vermag doch das III-wertige Arsen noch in die V-wertige Form unter Oxydation überzugehen. Ich darf vielleicht erwähnen, daß ich in München bereits ebenfalls die Behauptung aufgestellt habe, daß die Reduktionskraft des Salvarsans durch seine NH_2- und OH-Gruppen bedingt sei, dies aber dort sowohl wie in meiner Stovarsolarbeit[2]) wenigstens für die NH_2-Gruppe mittels Diazotierung bewiesen habe, da bei dieser die reduzierende Wirkung der OH- und NH_2-Gruppe bei der Überführung der NH_2-Gruppe in die Diazogruppe $=N\equiv N$ vernichtet wird. Auch der Arsenogruppe kommt noch eine gewisse Reduktionswirkung zu, was man dadurch zeigen kann, daß ammoniakalische Silbernitratlösung zwar sofort nicht mehr von diazotiertem Salvarsan reduziert wird, wohl aber noch nach 24 Stunden eine braunschwarze Verfärbung eintritt, die nur durch eine Reduktionswirkung erklärt werden kann, die durch die eintretende Oxydation der III-wertigen Arsenogruppe bei diazotiertem Salvarsan bedingt wird. Mühlpfordt irrt ferner, wenn er glaubt, daß Neosalvarsanlösungen bei 40—50stündigem Stehen an der Luft an Reduktionskraft wesentlich eingebüßt haben. „Da die Reduktionskraft dieses abgestandenen Neosalvarsans sehr gering ist, so bin ich überzeugt, daß eine derartige Kur nicht imstande wäre, auch nur die Erscheinungen der Lues zum Abheilen zu bringen.“ Gerade das Gegenteil dürfte der Fall sein. Er hat bei seinen diesbezüglichen Untersuchungen übersehen, daß der wirksame, noch äußerst stark reduzierend wirkende Bestandteil dieser Neosalvarsanlösungen größtenteils ausgefallen ist infolge der Einwirkung der Luft, wodurch eine schwächere Reduktionswirkung der betreffenden Lösungen vorgetäuscht wird. Die aufgeschüttelte und injizierte Flüssigkeit dürfte sehr wohl noch eine Wirkung entfalten, aber auch sehr toxisch sein. Mit diesen Einwänden kann Mühlpfordt die Arsenwirkung im Salvarsan nicht widerlegen.

Man wird Mühlpfordt beipflichten können, wenn er schreibt: „Ich schließe also, daß diese Beeinträchtigung ihres Sauerstoffgleichgewichtes für die Spirochäten schädlich und tödlich ist und deshalb therapeutisch ausgenutzt werden muß.“ Aber durch die von ihm angeführten Versuche ist dieser Schluß noch keineswegs gerechtfertigt. Aus der Unbeweglichkeit der Spirochäten in seinen Versuchen darf noch keineswegs auf eine mangelnde Infektionsfähigkeit derselben geschlossen werden. Dazu hätte er vor allem seine diesbezüglich mit den Chemikalien behandelten Spirochäten noch verimpfen müssen.

Von den klinischen Fragen will ich des mangelnden Raumes wegen nur einige herausgreifen. Wichtig erscheint mir der Hinweis Mühlpfordts auf das Vorhanden-

[1]) Derm. W., l. c. — [2]) Derm. W., 1924, Nr. 79, S. 1120.

Digitized by Google

sein von Plasmazellen und Fehlen von Spirochäten im Beginn und das völlige Fehlen beider im fortgeschrittenen Stadium von Gummen sowie sein Hinweis, daß das Charakteristische im Bilde eines Primäraffektes die Anhäufung von Plasmazellen ist. Ich glaube ebenfalls annehmen zu dürfen, daß der hohe Sauerstoffverbrauch der Spirochäten den Körper zwingt, am Orte der Infektion seinen durch Sauerstoffmangel leidenden Zellen zu Hilfe kommen zu müssen, indem er dort die sehr sauerstoffreichen Plasmazellen bildet, aus welchem Grunde diese sich sowohl in einem Primäraffekt als auch in einem Gumma vorfinden. Ihr Fehlen im späteren Stadium der Gummen, in denen auch die Spirochäten, die Sauerstoffverzehrer, fehlen, braucht das Gewebe auch nicht mehr die Hilfe der sauerstoffreichen Plasmazellen. „Genau wie die Spirochäten die Haut wegen ihres Sauerstoffreichtums zuerst bevorzugen, so wird auch das Salvarsan von diesem Sauerstoffreichtum angezogen, weil es nach baldiger Selbstoxydation strebt." Von diesem Satz kann ich nur die erste Hälfte unterschreiben. Ob in der Haut mehr Salvarsan gebunden wird wie in den übrigen Geweben, muß erst noch nachgewiesen werden; immerhin ist das sehr wohl möglich, weil durch ihren hohen Kohlensäuregehalt sehr rasch die wirksame Salvarsanbase ausgefüllt werden kann, die dort von den Lipoproteiden des Zellprotoplasmas und der Parasiten gebunden werden kann, weshalb möglicherweise die Erscheinungen der Haut so leicht durch das Salvarsan zu beeinflussen sind. In der Salvarsandermatitis sehe ich mit MÜHLPFORDT eine Schädigung der Sauerstofforte der Haut durch die reduzierende Wirkung des Salvarsans, späterhin durch das anorganische Arsen, die eine künstliche pathologische Entkernung der Haut mit ihren Folgen bewirkt.

Am Schluß möchte ich bezüglich der MÜHLPFORDTschen Fußnote, meine briefliche Mitteilung betreffend, noch bemerken, daß ich auf dem Münchener Kongreß Mai 1923 nicht nur die „Wichtigkeit stark reduzierender Heilmittel auf Grund ähnlicher Überlegungen betont habe", sondern eingehend über das Thema sprach: Worauf beruht die spezifische Wirkung des Salvarsans? und dort auch das betreffende Beweismaterial demonstriert habe.

Die Wirkung des Salvarsans auf die Syphilisspirochäte.

Schlußwort und Antwort zu vorstehender Arbeit von J. SCHUMACHER.

Von

H. MÜHLPFORDT in Allenstein.

Es erfüllt mich mit Befriedigung, daß J. SCHUMACHER in vorstehender Besprechung meiner in Nr. 42b, 1924, dieser Wochenschrift erschienenen Arbeit im wesentlichen beistimmt. Auf abweichende Ansichten SCHUMACHERS in Einzelheiten muß ich jedoch noch eingehen.

Auf die unrichtigen Formeln machte mich außer SCHUMACHER auch Herr Prof. BENDA freundlichst aufmerksam; mir war die hineingelangte Unrichtigkeit leider entgangen, was ich um so mehr bedauere, als in dem mir vorliegenden Konzept der Arbeit sämtliche Formeln richtig angegeben sind. Ich bitte den Leser, die von SCHUMACHER angegebenen Korrekturen vornehmen zu wollen. Ein auch den genannten Herren entgangener weiterer Druckfehler befindet sich auf S. 1265 meiner Arbeit, wo es statt Oxykarbonyl richtig Oxykarbanil heißen muß. Ferner muß es in dem VERWORNschen Zitat auf S. 1277 statt „Stoffwechsel" „Sauerstoffwechsel" heißen.

In dem Einwand, daß die Spir. pall. ein ziemlich sauerstoffarmer Parasit ist, gebe ich SCHUMACHER jetzt recht. Bei Abschluß meiner Arbeit lagen damals noch keine Ergebnisse über den chemischen Aufbau der Pallida vor; erst kürzlich[1]) hat SCHUMACHER darüber eine Arbeit veröffentlicht, deren Resultate ich durch eigene ebenfalls inzwischen vorgenommene Untersuchungen im wesentlichen bestätigen kann. Ich schließe mich also nunmehr dem mir von Herrn Prof. UNNA bereits im August 1923 mündlich gemachten Einwand, daß das Salvarsan dadurch den Spirochäten so furchtbar wird, weil es ihnen ein Konkurrent im Kampfe um den lebensnotwendigen Sauerstoff ist, ihnen gewissermaßen den Sauerstoff vor der Nase wegschnappt, an. Diese Tatsache hat UNNA

[1]) Derm. W., 1924, Nr. 46.

Digitized by Google

übrigens in bezug auf Hautpilze bereits 1886[1]) klar erkannt, noch ehe man über die intrazellulären Oxydationsvorgänge etwas wußte.

Wenn Schumacher mir aber den Einwand macht, warum durch das meines Erachtens dank seiner Reduktionskraft wirkende Salvarsan nicht die sauerstoffreichen Körperzellen geschädigt werden, so verstehe ich ihn nicht recht; setze ich doch auf S. 1283—87 ausführlich auseinander, daß der angioneurotische Symptomenkomplex, die Salvarsandermatitis und die Enzephalitis, gerade und ausschließlich auf der Schädigung der betreffenden Körperzellen durch die Reduktionskraft des Salvarsans beruhen, eine Anschauung, die ich auch jetzt voll und ganz aufrecht erhalte.

Dem Auslegungsversuch Schumachers den Postojew- und Tryßschen Untersuchungen gegenüber vertrete ich nach wie vor meine auf S. 1271 ausgesprochenen Ansichten, denn einerseits muß man bei den Leukozytenkernen, diesen mächtigen Sauerstofforten, in erster Linie dem in reichem Maße vorhandenen Sauerstoffgehalt gerecht werden, ehe man an den geringen Lipoproteidgehalt in ihnen denken darf, und andererseits dürfte die Löslichkeit des Salvarsans im Serum nur eine sehr untergeordnete Rolle spielen, denn wie die klinische Erfahrung lehrt, ist die Löslichkeit der Salvarsanlösung in Körperflüssigkeiten zum Schmerz mancher paravenös injizierten Patienten doch leider nur eine recht geringe und langsame.

Schumacher schreibt: „Gerade dem As verdanken die Arsenikalien ihre spezifische Wirkung, und dieser liegt eine typische Arsenwirkung zugrunde.“ Das gerade bestreite ich. Es ist beim unzersetzten Salvarsan wie auch bei den anderen Ehrlichschen Syphilisheilmitteln eben keine typische Arsenwirkung, wie sie das As_2O_3 hat, sondern es ist die Wirkung eines chemischen Katalysators, die das As-Atom ausübt. Mir will aber trotz dieses zitierten Satzes scheinen, als sei Schumacher in seiner Ansicht letzten Endes von der meinen gar nicht so weit entfernt, denn er sagt ja an anderer Stelle ausdrücklich, daß die Wirkung des Salvarsans auf der Reduktionswirkung des As plus derjenigen seiner reduxophoren Gruppen beruhe. Daß diese As-Wirkung, das Hin- und Herschwingen der Sauerstoffmoleküle von Arsensäure zu arseniger Säure — reversible Reduktion und Oxydation — auch mir wichtig scheint, geht daraus hervor, daß ich Binz und Schulz ausführlich zitiere. Nur nenne ich dieses mit Sieburg eine katalysatorische Wirkung. Daß ein Katalysator etwas sehr Wesentliches ist, weiß jeder, denn ohne ihn geht der Prozeß eben nicht vonstatten. Deshalb verbreite ich mich ja so ausführlich über das Beispiel von der kolloidalen Platinlösung (S. 1268)!

Aber ein Katalysator kann durch einen anderen ersetzt werden, und in den den Ehrlichschen Heilmitteln entsprechenden Antimonverbindungen ist dies versucht worden. So wirkt das Urethanderivat des p-aminophenylstibinsauren Natriums bei Trypanosomen- und Spirochätenerkrankungen, das Stibazetin (Fabrikname „Stibenyl“), das chemisch dem Arsazetin entspricht, wirkt bei Dourine, Nagana und nach Hugo Müller auch schwach bei der Lues. Da jedoch das p-aminophenylstibinsaure Natrium, das dem Atoxyl entspricht, und das Dioxydiaminostibiobenzol völlig unwirksam sind, so scheint das Antimon kein vollwertiger Katalysatorersatz für das Arsen zu sein. Das bedeutet aber nicht, daß das Arsen nicht durch einen harmloseren Katalysator ersetzbar sein wird!

Daß noch eine Lipoproteidlöslichkeit der „Arsenikalien“ zur therapeutischen Wirkung mit hinzukomme, wie Schumacher vermutet, halte ich für möglich; doch ist dies kein Beweis für die Irrigkeit meiner Ansicht, daß die Reduktionswirkung das Wesentlichste ist. Und das gibt Schumacher ja selbst mehrmals zu.

Warum das Salvarsan die Pallida nicht in vitro vernichtet? Weil Salvarsan wie Pallida beide Luftsauerstoff genug zur Oxydation bzw. „Atmung“ zur Verfügung haben. Es kommt also gar nicht zum Konkurrenzkampf um den Sauerstoff!

Daß die karboxylierten und sulfurierten Salvarsane nicht wirksam sind, erscheint mir nicht erstaunlich; geben diese sauren Gruppen doch im Gegensatz zu den stark basischen NH_2-Gruppen der ganzen Verbindung einen anderen Charakter. Zudem ist es in der Pharmakologie bekannt, daß Sulfogruppen dystherapeutisch und entgiftend wirken. Ob durch diese Gruppen die Lipoproteidlöslichkeit physikalisch aufgehoben oder vermindert wird, wie Schumacher behauptet, mag vielleicht möglich sein; ob Schumacher hierin recht hat, wird die Zukunft lehren.

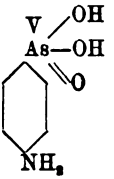
Daß das dem Salvarsan isomere 2,2'-Dioxy-4,4'-Diaminoarsenobenzol nicht auf die Lues wirkt, habe ich auf S. 1276 durch die Wichtigkeit der Orthostellung erklären

---

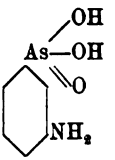
[1]) „Ichthyol und Resorzin als Repräsentanten der Gruppe reduzierender Hautmittel.“ Voß, 1886, S. 26.

Digitized by Google

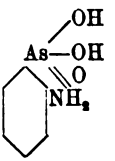
zu können geglaubt. Der Aminorest in Orthostellung stellt eben einen eutherapeutischen Höhepunkt dar! Ist es doch ganz erstaunlich, wieviel die Stellungsisomerie ausmacht! So wirkt, um ein ganz beliebiges Beispiel herauszugreifen, die p-Aminophenylarsinsäure



in vivo sehr gut auf Trypanosomen, die isomere Metaverbindung



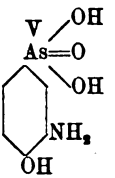
nur vorübergehend und die Orthoform



gar nicht!! Ich glaube nicht, daß die Chemiker diese erstaunliche Tatsache zu erklären vermögen. Man hat u. a., soviel ich weiß, die physikalische Verschiedenheit der Isomeren, z. B. in ihrer Löslichkeit, dafür herangezogen.

Ich vermag also nicht einzusehen, wie Schumacher hieraus meine Theorie der Reduktionswirkung, die er dabei selbst, wenn auch nur als Teilerklärung vertritt, als irrig ansehen kann.

Wenn Schumacher sagt, daß die V-wertiges Arsen enthaltende p-Oxy-m-Aminophenylarsinsäure



eine sehr geringe Wirkung hat, so irrt er. Diese, ein direkter Vorgänger des Salvarsans, das Ehrlichsche Präparat 593, hat bei Spirochätenerkrankungen gerade eine sehr starke Wirkung, ist allerdings sehr giftig. Ebenso kann die Wirkung des V-wertigen Arsazetins auf die Spirochäten nicht „sehr gering" genannt werden. Schumacher verkennt völlig den Grund, warum diese Präparate von Ehrlich beiseite gelegt wurden: nicht etwa deshalb, weil sie nicht genügend spirochätozid waren — das war nicht der Fall —, sondern weil sie zu toxisch waren! Es ist also meines Erachtens unrichtig, einen Gegensatz zwischen III- und V-wertigen Arsenikalien konstruieren zu wollen, nur einer etwa vorhandenen bzw. fehlenden Lipoproteidlöslichkeit zuliebe!

Schumacher will den Beweis einer Beeinträchtigung des Sauerstoffgleichgewichts der Spirochäten durch meine Dunkelfeldversuche nicht als erbracht ansehen. Ich habe es nicht besonders auseinandergesetzt, weil es für mich selbstverständlich war, aber doch angedeutet (S. 1280, Ziffer 1), daß die Versuche stets parallel gemacht wurden und jeweils mit einem Präparat in physiologischer Kochsalzlösung verglichen wurden. Wenn dann die in der Untersuchungslösung betrachteten Pallidae früher starr und steif

Digitized by Google

wurden als die im Testpräparat, so überlasse ich es getrost dem Urteil der Leser, ob ich berechtigt war, von Beeinträchtigung der Spirochäten zu sprechen, auch ohne eine Überimpfung vorzunehmen!

Die durch nichts bewiesene Vorstellung Schumachers, daß in der Haut „wegen ihres hohen Sauerstoffgehaltes die wirksame Salvarsanbase ausgefällt wird, die dort von den Lipoproteiden des Zellprotoplasmas und der Parasiten gebunden werden kann", will mir unnötig kompliziert erscheinen und müßte doch, deucht mir, entsprechend den komplizierten Fällungsvorgängen wohl noch schwerere entzündliche Erscheinungen hervorrufen, als es bei der Salvarsandermatitis allgemein der Fall ist.

Daß die Salvarsandermatitis, wie Schumacher will, eine Folge auch (später) der reinen Arsenwirkung ist, kann ich höchstens für die meines Erachtens fehlerhafte Art, Salvarsankuren zu machen, gelten lassen, bei der viele (12 und mehr) Injektionen kleiner und kleinster Salvarsandosen gegeben werden. Doch hat auch dies sehr wenig Wahrscheinlichkeit für sich, da bei solchen unzweckmäßigen Kuren wohl noch nie eine Salvarsandermatitis (soll heißen Arsendermatitis) beobachtet worden ist.

Ich bin Herrn Schumacher verbunden, daß er durch sein sachliches und gründliches Eingehen auf meine Arbeit unsere gleichgerichteten Bestrebungen, die komplizierten Vorgänge der Salvarsanwirkung auf die Pallida von einer bei den Dermatologen viel zu wenig bekannten und beachteten Seite aus zu klären, wiederum um ein weniges vorwärts gebracht hat.

Versammlungen.

Wiener Dermatologische Gesellschaft.

Sitzung vom 22. Januar 1925.

Vorsitzender: Nobl. Schriftführer: Gruß.

Sachs: **Lupus erythematodes und Erythema perstans.** 32jähr. anämische Frau mit beiderseitiger Apizitis. Neben charakteristischen Lupus-erythematodes-Plaques an den Vorderarmen und Fingern finden sich an beiden Wangen zahlreiche hell- bis bläulichrote, über das Hautniveau erhabene Herde. Einige von letzteren zeigen tiefes Infiltrat und schwinden nach wochen- bis monatelangem Bestande spontan, um neuerdings zu rezidivieren. Krankheitsdauer 6 Jahre.

Sachs: **Hypertrophische Narben.** 22jähr. Pat. Im August 1923 ausgedehnte Verbrennung dritten Grades mit folgender Hypertrophie der Narben, die auf Druck sehr empfindlich sind und mit starken neuralgiformen Schmerzen einhergehen.

Sachs: **Lichen ruber planus et verrucosus.** 32jähr. Pat. mit Gemmenformen an Stamm und Genitale, an beiden Unterschenkeln verruköse Plaques. Auf der Wangenschleimhaut beiderseits charakteristische Effloreszenzen.

Aussprache: Nobl fragt nach durchgeführter Therapie.

Sachs hat 25 Fibrolysininjektionen à 2 ccm ohne Erfolg gemacht.

F. Freund: **Chronische Paronychie (Oidiomykose?).** 24jähr. Pat., seit 5 Jahren im Schankgewerbe tätig. Der Nagelwall fast aller Finger geschwellt und gerötet, von der Nagelplatte abgehoben. Die Nägel im proximalen Anteil getrübt, lateral teilweise vom Nagelbett abgehoben, mit Querfurchen versehen. Auf Druck erhält man aus dem vertieften Falz zwischen Nagelplatte und Wall ein Tröpfchen eiterähnlicher Masse, in welcher sich mikroskopisch und kulturell — neben polymorpher Bakterienflora — rundliche und eiförmige Blastomyzeten mit spärlichen Myzelfäden finden. Schleichender Beginn der Erkrankung vor 6 Monaten. Ein analoger Fall wurde von Kumer 1919 demonstriert, 12 Fälle von demselben Autor 1922 publiziert. (Vgl. Mitt. a. d. Grenzgeb. d. Med. u. Chir., Bd. 33.)

Wolf: **Lokale embolische Bismutschädigung.** Unmittelbar nach der Injektion sehr starker Schmerz und Schwellung der Gesäßhälfte; 2 Tage nachher in der Umgebung der Injektionsstelle ein Netz von blauroten, nicht infiltrierten Streifen mit unregelmäßig begrenzten Maschen etwas gelblich verfärbter Haut. Ähnliche Vorkommnisse haben Oppenheim nach Hg-Injektionen und Freudenthal nach Bi-Injektionen gesehen. W. führt die Erscheinung auf eine Bi-Embolie zurück.

Digitized by Google

Kantor: **Dermatitis herpetiformis Duhring.** 45jähr. Pat. Seit 10 Jahren typisches Bild mit polyzyklisch figurierten Bläschenschüben und Pigmentrückständen früherer Aussaaten an Stamm und Extremitäten. Deutliche Eosinophilie.

Nobl: **Lupus erythematosus.** 30jähr. Chauffeur. Halsherde von undeutlicher Ausprägung; Haut gleichmäßig gerötet bei mangelnder Atrophie. Typische alte Erscheinungen in den Ohrmuscheln. Moro und Löwenstein stark positiv.

Nobl: **Lupus erythematosus.** 28jähr. Frau. Seit 22. X. a. c. mit Krysolgan behandelt. Gesamtdosis 0,19. Nach den ersten Injektionen (0,01) akute Aussaat. Derzeit Nachschübe an den Fingern. Diskoider Nasenherd unbeeinflußt.

Busch: **Keratodermia disseminata maculosa symmetrica palmaris et plantaris.** Die offenbar kongenital veranlagte Mißbildung besteht seit 7 Jahren bei einer 38jähr. Frau. Anhaltspunkte für endokrine oder neuropathische Störungen fehlen.

Aussprache: Nobl: Die vom Vortragenden gestreifte Späterscheinung kongenitaler Hautzustände trifft für die symmetrischen Keratodermien ganz besonders zu. Trotz ihres Auftretens zwischen dem 30. bis 50. Lebensjahre kann über die Erbanlage dieser Dystrophien kein Zweifel bestehen.

Fuhs verweist auf 5 Fälle der Klinik Riehl, die 1923 und 1924 beobachtet worden sind. Bei allen konnte familiäres Auftreten der Affektion beobachtet werden. Solitäres Auftreten in einer Familie schließt die Erbanlage nicht aus. Später Manifestationstermin tritt auch bei anderen kongenital veranlagten Anomalien in Erscheinung.

Oppenheim erinnert an die von ihm demonstrierte Frau, bei der ein Zusammenhang dieser Affektion mit endokrinen Störungen (Ovar) zu bestehen schien. O. empfiehlt weiter zur genauen Beobachtung des Verlaufes der Affektion sein Verfahren der Dermatotypie.

Rusch: **Kutane und subkutane sarkoide Tumoren.** Nach Einspritzungen mit Hg salicyl. vor mehr als einem Jahr bei 25jähr. Frau entstanden. Nach $^3/_4$jähr. Inkubation traten entsprechend den Injektionsstellen ad nates je acht kutane braunrote, lentikuläre derbe Knötchen und subkutan je ein faustgroßer, oberflächlich höckeriger, stellenweise mit der Kutis verlöteter Tumor auf; gleichzeitig rezente, bis haselnußgroße Lymphknoten in beiden Leisten. WR und DM positiv, desgleichen die Luetinreaktion. Weder auf Jod noch auf Hg besondere Veränderungen an den Tumoren. Histologisch typisches Sarkoid; verzweigte, strangartige, sehr scharf, fast kapselartig begrenzte Zellwucherungen, bestehend aus Epitheloid- und Riesenzellen. Plasma- und Lymphoidzellen fehlen. Die Beobachtung schließt sich jenen hierorts von verschiedenen Seiten, besonders von Oppenheim vorgestellten Fällen von lupoidähnlichen Tumoren an, die nach Einwirkung von Fremdkörpern verschiedenster Art (Morphium, Arsen, Hg-Injektionen) auftreten.

Aussprache: Nobl: Die Auslegung ähnlicher Bildungen ist vor Jahren noch Schwierigkeiten begegnet. Meist waren es Kranke, bei welchen nach langfristigen Latenzperioden tiefliegende Gesäßknoten zur Entwicklung gekommen sind. N. deutete solche Tumoren für Schwielengummen am Standort fibröser Injektionsstellen unlöslicher Hg-Präparate. Allerdings war das Gewebssubstrat nicht immer mit dieser Auffassung in Einklang zu bringen.

Oppenheim erinnert an die ersten Fälle, deren Inkubationszeit 7 Jahre betragen hat; die Tumoren waren bis faustgroß. Oberflächliche Knötchen wie im demonstrierten Falle waren hierbei nicht zu beobachten. Anfänglich als Riesenzellentumoren gedeutet, vertrat O. später die Meinung, daß es sich um eine lupoide Reaktion disponierter Organismen auf eingebrachte Fremdkörper handle, obzwar Fremdkörper nie histologisch nachgewiesen werden konnten. Das mikroskopische Bild wird von Epitheloid- und Riesenzellen beherrscht, die zu dichten Strängen und Knoten im festen Bindegewebe angeordnet sind, während Rundzellen in O.s Präparaten ganz im Hintergrunde stehen. Daß diese histologischen Befunde mit denen Ruschs nicht übereinstimmmen, mag vielleicht mit dem Zeitpunkt der Exzision in Zusammenhang stehen.

Kyrle weist darauf hin, daß bei der Entwicklung sarkoider Tumoren von vornherein eine gewisse Gewebsdisposition besteht, und erörtert diese Tatsache an der Hand einiger Beispiele.

Ullmann unterscheidet zwischen Tumoren, die kurze Zeit nach den Injektionen noch merkbar sind, und solchen, die vielleicht Jahre nachher entstehen, kontinuierlich wachsen und ein spezifisches Tumorgewebe aufweisen. In ersterem Falle müßte das remanente Metall noch nachgewiesen werden können, weshalb auch hier der Versuch zum Nachweis von Hg zur Klarstellung im Tumorgewebe erfolgen müßte.

E. Spitzer: **Milzbrandkarbunkel.** Über der linken Wange ein mandelgroßer, derber Knoten mit einem zentral festhaftenden nekrotischen Schorf. Peripher eine 1 cm breite

Digitized by Google

rötliche Zone, die von kleinen Bläschen umsäumt ist. Die Umgebung des Herdes ödematös infiltriert. Regionäre Drüsen geschwellt, weniger schmerzhaft. Die Pat. arbeitet in einer Kotzenfabrik mit tierischen Haaren. Trotz negativen Kulturergebnisses wird nach dem klinischen Verlauf die Diagnose auf Pustula maligna gestellt und vom Infektionsspital bestätigt.

Ullmann: **Soormykose der Mundschleimhaut.** 58jähr. sonst gesunde Pat., die im Anschluß an eine kleine Verletzung anläßlich einer zahnärztlichen Behandlung seit etwa $1^1/_2$ Jahren grauweiß belegte, flache, samtähnliche Erhebungen der Mund- und Rachenhöhle und dazwischen kleine, unregelmäßige, streifig-zackige Erosionen und herpesartige Bläschen bekommt. Unter heftigem Fieber erfolgte 1924 eine fast allgemeine Ausbreitung der weißen Plaques, die Lippen-, Zungen-, Wangen- und Kieferschleimhäute sowie Tonsillen und Gaumenbogen bis zur Epiglottis konfluent bedeckte. Heiserkeit, Schlingbeschwerden. Pat. kam beträchtlich herab. Kulturell rein Oidium albicans. Lokale Behandlung mit Alkalien und Auto-Soorvakzine bewirkten in 5—8 Tagen völlige Abstoßung der Belege mit Hinterlassung leicht blutender Flecke. Hinweis auf die Ähnlichkeit mit Pemphigus vegetans, der möglicherweise zugrunde liegt, da Soor bei gesunden Erwachsenen zu den größten Seltenheiten gehört, Pat. weiter großen Gewichtsverlust und neuerdings vereinzelte Erosionen und graue Belege aufweist.

Aussprache: Urbach: Zur Klärung der Frage, ob im vorliegenden Falle ein Pemphigus vorhanden ist, kann die blutchemische Untersuchung (erhöhter Blutkochsalzspiegel bei P.) herangezogen werden.

Ullmann: **Acne varioliformis (2 Fälle).** Frische Nekrosen und zahlreiche tief gedellte Narben in typischer Lokalisation. Bei einem der beiden kräftigen und gesunden Pat. außerdem Ausbreitung im Gebiete aller drei Trigeminusäste. Die Talgdrüsenlokalisation spricht eher für Sabourauds Auffassung, der hier spezifisch toxische, nekrotisierende Aknebazillen annimmt. Wegen besonderer Hartnäckigkeit in einem der Fälle wird R-Behandlung versucht werden.

Ullmann: **Urtikarielle Berufsdermatose.** 27jähr. Mann zeigt ein urtikarielles Erythem am Rücken mit Kratzeffekten und Pigmentflecken. Geringe Erscheinungen am übrigen Stamm und an oberen Extremitäten. Bestand seit 3 Monaten fast unverändert, therapeutisch kaum beeinflußbar. Ätiologisch kommt Staub frischer Roß- und Menschenhaare chinesischer Provenienz sowie formol-, quecksilber- oder arsenhaltiger Staub in Betracht. Geringere Grade gleicher Hautschäden kamen bei anderen Angestellten im selben Betriebe vor.

Randak: **Lichen ruber planus.**

Fuhs: **Keratoma hereditarium palmare et plantare.** Neuerliche Demonstration des von Brünauer in der Sitzung der Wiener Derm. Ges. vom 26. X. 1922 bereits vorgestellten Knaben. Zustand der Hautaffektion gegen damals annähernd stationär.

Arzt: **Papulo-nekrotisches Tuberkulid.** 25jähr. Mann. Zahlreiche papulöse, teilweise im Zentrum nekrotische Effloreszenzen an den Streckseiten der Arme und reichlich an der unteren Extremität bis zur Natesgegend. Am Halse eine Narbe. Röntgenologisch: Schwarte im oberen Mittellappenspalt. Histologisch: Anhäufung in Knoten, Epitheloidzellen. Kren-Wien.

Referatenteil

redigiert von Dr. Marie Unna, Hamburg-Bergedorf.

Fachzeitschriften.

Zeitschrift für Urologie.

1925, Bd. 19, H. 1.

Fortschritte in den urologischen Untersuchungsmethoden, von **A. Lewin**-Berlin. S. 1. Vortragender spricht über alle Untersuchungsmethoden, die zur Diagnose in der Urologie führen. Es ist selbstverständlich, daß der Praktiker eine genaue allgemeine Körperuntersuchung mit Anamnese vorzunehmen hat, wobei Gefäß- und Nerven-

Digitized by Google

system berücksichtigt werden müssen. Eine weitere Untersuchung findet durch den Facharzt statt, der durch Urethroskopie, Zystoskopie, Ureterenkatheterismus die Funktionsprüfung der Nieren, Pyelographie und Röntgen die Diagnose festzustellen hat. Insbesondere muß bei einer Blutung festgestellt werden, woher die Blutung stammt und welche Bedeutung ihr zukommt.

Die allgemeinen Grundlagen der modernen Behandlung des Trippers, von K. Zieler, Univ.-Polikl. f. Haut- u. Geschlechtskrkh. Würzburg. S. 4. Als Grundlagen sind anzusehen genaue Krankheitserkennung, insbesondere hinsichtlich Ausdehnung und Art der Erkrankung, und ferner die Kenntnis der Wirkungsweise unserer Arznei und sonstiger Hilfsmittel und deren Eignung je nach den Besonderheiten des einzelnen Falles. Stets ist der Nachweis der Gonokokken zu erbringen. Eine Heilung kann erst dann angenommen werden, wenn bei einer regelmäßigen Untersuchung an 5—10 aufeinanderfolgenden Tagen mit und ohne Provokation Gonokokken nicht mehr gefunden werden. Vortragender würdigt auch den Wert der Gonokokkenimpfstoffe.

Therapeutische Erfahrungen bei Infekten der Harnwege, von P. Morawitz-Würzburg. S. 19. Es ist wichtig, eine möglichst exakte Diagnose zu stellen, es muß die Art der Infektion, insbesondere ob Tuberkulose oder nicht, festgestellt werden. Besonders ist bei eitrigem Urin an Tuberkulose zu denken, wobei nicht nur mikroskopische Untersuchung, sondern auch der Tierversuch ausgeführt werden soll, nicht zu vergessen die anaëroben Untersuchungsmethoden, da die spezifische Bakterienart therapeutisch das größte Interesse erheischt. Es muß auch die Lokalisation und Ausdehnung der Erkrankung festgestellt werden. Infekte, die nicht schnell auf die interne Therapie reagieren, müssen der fachärztlichen Untersuchung zugeführt werden, wo z. B. Nierenbeckenspülung oder chirurgische Maßnahmen notwendig sind. Vortragender bespricht dann die therapeutischen Maßnahmen, die der Praktiker jederzeit ausführen kann.

Chirurgische Behandlung pyogener Infektionen im Nierengebiet, von F. König-Würzburg. S. 28. Pyogene Infektionen werden bedingt durch Staphylokokken, Streptokokken, Bacterium coli oder Mischinfektionen und können in den Nierenhüllen, in der Nierensubstanz, in den Nierenkelchen und im Nierenbecken auftreten. In vielen Fällen wird die Eiterung im Nierenbecken durch Bakterien auf dem Blutwege bewirkt, abgesehen von direkter Kontaktinfektion. Die Statistik ergibt, daß paranephritische und Substanzeiterungen verhältnismäßig seltener sind, ein Beweis, daß die pyogenen Infektionen der Nierenkapsel und des Parenchyms selbst ausheilen können, andererseits können sie sehr stürmisch sein und zum Tode führen. Manchmal schließen sich die Affektionen an primäre äußere Herde an, z. B. Furunkel und Karbunkel. Die charakteristischen Symptome der Niereneiterung sind lokale Schmerzen, Fieber und ein schweres Krankheitsbild ohne Tumor. Im Urin wenig oder keine diesbezüglichen Zeichen. Die Therapie besteht in der Freilegung der ganzen Nierenoberfläche durch Abziehen der fibrösen Kapsel. Bei einem größeren Eiterherd Inzision. Diese Operation genügt, wenn nicht noch weitere Komplikationen vorliegen, wie Stein oder Ursachen der Hydronephrose; andererseits kann durch Behebung dieser Komplikation eine weitere Operation erspart bleiben. Der Vortragende schließt mit dem Resultat seiner Erfahrungen, bei den pyogenen Infektionen die Gefahren der Eiterung um und in der Niere zu bekämpfen und die die Infektion begünstigenden mechanischen Hindernisse zu behandeln.

Über Prostatahypertrophie, von L. Kielleuthner-München. S. 34. Das Charakteristische ist die Adenombildung, d. i. eine Knoten- oder Knollenbildung der periurethralen zwischen Sphinkter und Caput galinaginis gelegenen Drüsen. Dadurch entsteht eine schlitzförmig komprimierte seitlich gelagerte Urethra; ferner Bildung eines medianen in die Harnblase vorspringenden Lappens, ferner eine Abknickung der Verlaufsrichtung, dadurch Erschwerung der Entleerung bei starker Blasenfüllung, dadurch Retention oder Inkontinenz. Ätiologisch das Greisenalter oder hereditäre Verhältnisse. Symptome: starker und häufiger Harndrang, besonders in der Nacht. Es entsteht aus der akuten Retention die komplette chronische Harnverhaltung und schließlich die schwersten Störungen des Allgemeinbefindens und urämische Zustände. Als letztes Stadium Infektion. Die Diagnose nicht schwer. Untersuchung per anum. Mikroskopische Untersuchung des exprimierten Sekretes. Feststellung des Resturins durch aseptischen Katheterismus; Zystoskopie; Röntgen; Feststellung komplizierender Nierenerkrankung; Feststellung von Strikturen; Therapie; Abhaltung von Kongestionen, Erkältungen, Alkohol und aseptischer Katheterismus; eventuell Verweil-Katheter und schließlich Punktion und als Radikaloperation Ausschälung der Adenomknoten.

Digitized by Google

Die chirurgische Behandlung von Mißbildungen des Urogenitalapparates, von K. Scheele-Frankfurt a. M. S. 45. Die chirurgische Behandlung kommt in Betracht bei Mißbildungen der Niere durch Lageanomalien und Bildungsfehler. Die Operation der einen Niere erfordert naturgemäß die Gesundheit der anderen Niere. Zystennieren werden operiert, wenn sie durch Infektion, Blutung oder Schmerzen kompliziert sind. Bei der Hufeisen- oder Kuchenniere ist eine Operation erforderlich, weil vielfach Erkrankungen und Beschwerden durch den komplizierten Ureterenverlauf und dadurch entstehende Komplikationen, wie Hydronephrose, hervorgerufen werden. Das gleiche bei Nierenverdoppelung, insbesondere wenn die Ureteren extravesikal münden, andererseits bei Erkrankung der einen Niere. Insbesondere die Mißbildung einer Epispadie durch die Komplikation der Blasenektopie und die Mißbildung der Hypospadie bedürfen chirurgischer Eingriffe, besonders wenn bei letzterer die Spaltbildung bis zum Perineum reicht. Schließlich sei noch der Phimose gedacht, wenn sie die Ursache einer Hydronephrose ist oder bei Infektionen der Urethra.

Die Behandlung der Herzstörung bei chronischen Nierenerkrankungen, von H. v. Hoesslin-Berlin. S. 52. Zunächst ist festzustellen, ob die Herzstörung neben der Nierenerkrankung besteht, oder ob die letztere die Ursache der ersteren ist. Bei Herzinsuffizienz ohne Nierenerkrankung ist der gesunkene Blutdruck zu heben bzw. ein Ausgleich zu schaffen, daß ein normaler Zu- und Abfluß in den Organen stattfindet. Bei einer herzinsuffizienten Nierenerkrankung darf der Druck nicht zu übermäßig hoch, ja niedriger sein. Von den arzneilichen Mitteln ist das wichtigste Digitalis, das auch bei den Herzinsuffizienzen Nierenkranker von überragender Bedeutung ist. Rascher wirkt Strophantin, hält nur nicht so lange an. Zweck dieser Medikation ist die Erweiterung der Nierengefäße und eine durch größere Durchblutung gesteigerte Urinsekretion, die aber bei krankhaften Veränderungen der Gewebszellen versagen kann. Eine ähnliche Wirkung einer besseren Durchblutung übt Koffein, das gleichzeitig anregend aufs Herz wirkt. Zur Druckentlastung bei Ödemen: Diuretin, Theozin-Kochzalz in Form des Kochsalzstoßes (Volhard), per os oder intravenös, Novasurol, Kalomel, letztere mit Vorsicht; bei Hirndruckerscheinungen: Nitroglyzerin. Mit schweißtreibenden Mitteln muß man vorsichtig sein. Es wirkt ein Aderlaß sehr günstig zur Entlastung der Herztätigkeit. Die Kost ist zu regeln; Flüssigkeit und salzarme Kost.

Ernährungsprobleme bei Nierenkranken, von H. Strauß-Berlin. S. 61. Einen bestimmten Ernährungsplan aufzustellen, ist nach den heutigen Erfahrungen nicht angängig. Im Einzelfall kann nur vom funktionellen Gesichtspunkte diese Frage betrachtet werden, ferner darf weder eine Überernährung zur Schonung der Herztätigkeit noch eine Unterernährung zur Schwächung des Gesamtorganismus herbeigeführt werden. Daß natürlich toxisch wirkende Agentien zu unterlassen sind, ist selbstverständlich, ebenso wird es notwendig sein, zur Vermeidung der Hydropsiebildung mehr oder weniger weitgehende Kochsalzeinschränkungen vorzunehmen. Es ist vor allem dringend notwendig, die richtige Diagnose zu stellen, um in Anbetracht des gesamten klinischen Verhaltens den richtigen Ernährungsplan und die richtige Therapie einzuleiten.

Zur Frage der reflektorischen Anurie, von E. Seifert-Würzburg. S. 67. Reflektorische Anurie tritt nicht nur ein, wenn durch Reflexe von einer erkrankten Niere die andere gesunde Niere zur Anurie gezwungen ist, sondern auch, wenn die andere Niere erkrankt ist, so daß man oft nicht weiß, von welcher Niere der Reflex ausgegangen ist. Die Anurie wird behoben durch Beseitigung der Schädigung, die sich eventuell auf Dekapsulation und Nephrostomie erstrecken kann. Besonders ist auf Steinbildung zu achten, die sehr häufig eine reflektorische Anurie hervorrufen kann.

Nephritis und Hautkapillaren, von W. Parrisius, Med. u. Nervenkl. Tübingen. S. 71. Alle bisher darauf hinzielenden Beobachtungen ergeben, daß die Glomerulonephritis ein Teil einer allgemeinen Kapillarschädigung ist, was der Verf. durch Anführung der bisherigen Literatur und durch Bilder beweist. Man sieht z. B. gegenüber den normalen Verhältnissen, wo die Kapillaren als feine Haarnadeln erscheinen und das Blut gleichmäßig schnell ununterbrochen dahinfließt, bei den Kapillaren der Nephritiker, die mannigfach geschlängelt sich in groteske Gebilde verwandeln, mit enorm erweiterten venösen Schenkeln, die verschiedensten Stromverhältnisse, hervorgerufen durch spastische Zustände der Kapillarwände oder durch Quellungsvorgänge in den Endothelzellen. Man kann ferner eine abnorme Durchlässigkeit der Wände beobachten und eine enorme Neigung der Kapillaren zu Anastomosenbildung. Durch die gleichen Beobachtungen bei Vasoneurotikern glaubt der Verf., daß Nephritiker Vasoneurotiker sind und Vasoneurotiker leichter eine Nephritis bekommen.

Digitized by Google

Katheterung, von E. Pflaumer-Erlangen. S. 78. Verf. sucht an Stelle der griechisch-lateinisch zusammengesetzten Worte einigermaßen deutsche einzuführen, z. B. statt Katheterisieren = Kathetern, statt Katheterisation und Katheterismus will er die Bezeichnung Katheterung einführen. Der Redakteur Prof. Casper stimmt dem „Sprachenreiniger" bei. W. Chrzelitzer-Waldenburg.

1925, Bd. 19, H. 2.

Sitzung der Berliner Urologischen Gesellschaft, 27. Mai 1924.

N. C. Haas-Berlin: **Tumoren in Hufeisennieren.** S. 81. Operation einer schon vor der Operation diagnostizierten Hufeisenniere. Exstirpation. Im oberen Pole der exstirpierten Niere findet man ein Hypernephrom, im unteren Teil ein Adenokarzinom und ein benignes Papillom. Letzteres fand sich auch in der Blase.

H. Haebler-Charlottenburg: **Über eine seltenere Ausscheidungsstörung der Nieren (Stenonephrie).** S. 86. Ein eigentümlicher Fall, der bisher wenig Beachtung gefunden. Schmerzen von der Lendengegend nach der Gefäßgegend, gleichzeitig Herzbeklemmung, Erbrechen, Harnbefund normal, eventuell durch äußere Reize, wie bei Kälte Oligurie, alles Erscheinungen eines Angiospasmus der Nierengefäße, Stenonephrie, Angina renalis in Koordination mit Stenokardie, also rein örtliche Gefäßspasmen ausgelöst durch thermische Reize. Therapie: Atropin, Asthmolysin zu Beginn des Anfalls und Aufenthalt in heißen, südlichen Ländern.

M. Jacoby-Berlin: **Über das sogenannte Os penis.** S. 90. Eine bei Menschen seltenere Erscheinung, höchstens bei Arteriosklerotikern, wo durch die Sklerose der Arteria dorsalis penis infolge der Zirkulations- und Ernährungsstörungen Kalkniederschläge und daraus eine Knochenbildung entstehen, im Gegensatz zu vielen Tieren, wo eine solche Knochenbildung im Penis zu den physiologischen Artmerkmalen gehört. Der Knochen liegt stets in der Glans dorsal von der Harnröhre vor dem Septum der Corpora cavernosa penis, gewissermaßen als knöcherne Fortsetzung des Septums.

R. Schröder: **Zur Frage bei tuberkulöser Einzelniere.** S. 91. Verf. hat entgegen den Beobachtungen anderer Autoren durch eine Nephrotomie bei der einseitigen tuberkulösen Niere in einigen Fällen lebensrettende Resultate erzielt, wenn auch keine Heilung. Und doch darf die Nephrotomie nicht die Methode der Wahl sein infolge der sich eventuell anschließenden Gefahren. In seiner sehr interessanten Auseinandersetzung über diese Frage — zumal eine sichere Diagnose trotz unserer neuen Untersuchungsmethoden außer der Zystoskopie über die Größe der tuberkulösen Erkrankung nicht genau festgestellt werden kann — kommt er zu dem Resultat, daß bei einer Erkrankung der zweiten Niere infolge der Resorption gestauter Entzündungs- und Zersetzungsprodukte die Nephrektomie der weitest erkrankten Niere notwendig ist, dagegen dürfte die Nephrotomie ihre Berechtigung haben, wenn auch die zweite Niere schwer tuberkulös erkrankt ist und die Funktionstüchtigkeit nicht mehr ausreicht, wodurch er wenigstens die Entfernung des Eiters oder erweichter Zerfallsprodukte bezweckt und den eigentlichen Herd auszuschalten versucht. Die Hauptsache ist natürlich die frühzeitige Erkennung der zuerst erkrankten Niere, zumal die Tuberkulose nicht gleichzeitig — nach den bisherigen Erfahrungen — beide Nieren befällt. In der anschließenden Diskussion wird die Nephrotomie verworfen.

Sitzung der Berliner Urologischen Gesellschaft, 24. Juni 1924.

E. Christeller: **Pathologie und pathologische Anatomie der Geschwülste der Harnblase.** S. 103. Wir unterscheiden epitheliale und nichtepitheliale Geschwülste, welch letztere von den tieferen Schichten der Blasenwand, der Muskularis, ausgehen, Myome, Leiomyome und Fibromyome. Durch Veränderung der Form ihrer Zellen und des Wachstums entstehen die bösartigen Fibrosarkome, Myxo- und Myosarkome, die wiederum mit verschiedenen anderen Gewebsarten gemischt zu Mischgeschwülsten werden — Teratome, Dermoide. Ihre Entstehung dürfte mit einer abnormen Differenzierung des Blasenepithels zusammenhängen. Außer diesen kommen vor Angiome, Kavernome. Zu den Epithelgeschwülsten gehören die papillären Epitheliome (Papillome) oder Fibroepitheliome und papilläre Karzinome. Die zottigen, schmal gestielten Fibroepitheliome (benigne) sitzen im Lieutaudischen Dreieck, Blasenscheitel oder im Nierenbecken. Die atypischen papillären Fibroepitheliome (maligne) treten oft multipel auf und breitbasig, dringen nirgends in die Substanz ein und machen keine Metastasen, und die papillären

Digitized by Google

Karzinome, die mit breiten Strängen und Zapfen in die Tiefe wachsen. Die typischen Fibroepitheliome kommen vor im Alter bis 50 Jahren, die atypischen und krebsigen über 50 Jahren, beide kommen nebeneinander vor und rezidivieren. Eine genaue Untersuchung ist notwendig. Außer den papillären Krebsen kommen solide, die ganze Wand infiltrierende Geschwülste, Karzinosarkome, Sarkome mit allen Komplikationen vor, Teerkarzinome, von Anilin herrührend, und Bilharziakarzinome. (Zahlreiche Abbildungen.)

E. Joseph: **Die Behandlung der Blasengeschwülste.** S. 118. Hämangiome werden entfernt durch Sectio alta und die intravesikale Verschorfung oder Thermokoagulationssonde. Bei ausgedehnter Angiombildung eine Verbindung von operativer und intravesikaler Behandlung, um der Gefahr der Verblutung zu entgehen. Blasenmyome erfordern eine Operation durch Sectio alta. Bei sicherer Diagnose Röntgenbehandlung. Die Zysten der Blase und des Ureters werden intravesikal mit der Thermokoagulationsmethode entfernt. Die Myxofibrome der Harnblase, am Blasenhals sitzend, bei Kindern vorkommend, werden operativ beeinflußt. Bei den Blasenpapillomen, die insbesondere bei Arbeitern, die mit Farben beschäftigt sind, vorkommen, darf die prophylaktische Tätigkeit nicht außer acht gelassen werden. Die gestielten Papillome werden durch Thermokoagulation entfernt oder bei sehr starker Blutung und Tenesmen durch Sectio alta, die aber wegen der vielfachen Gefahren nach Möglichkeit zu vermeiden ist. Die Infektiosität ruft bei blutiger Operation leicht neue Papillome hervor. Hierzu gehört gute Technik. Nächst der Thermokoagulation kommt die Chemokoagulation mit Trichloressigsäure in Betracht, deren Anwendungsweise der Verf. beschreibt. Die Chemokoagulation wird angewandt bei bösartigen Geschwülsten, oft in Verbindung mit der Thermokoagulation. Der Stiel der Papillome wird durch gleichzeitige Koagulation sicher ausgerottet. Wenn das Karzinom an der Vorderwand, Scheitel sitzt, kann eine Resektion weit im Gesunden mit Erfolg ausgeführt werden, dagegen beim Sitz am Blasenboden, an der Prostata muß die Totalexstirpation vorgenommen werden, welche wegen der vielen Komplikationen wenig Erfolg hat. Die Erfahrungen mit Radium und Röntgen sind noch unbedeutend.

Sitzung der Berliner Urologischen Gesellschaft, 1. Juli 1924.

S. Perlmann: **Demonstration eines Hypernephroms.** S. 136. Es handelt sich um einen großen Grawitzschen Tumor der linken Niere mit Hineinwachsen der Geschwulstmassen in die Vena cava bis unter das Zwerchfell. Durch eine hochgradige Nekrose fällt der Tumor zusammen.

L. Pulvermacher-Berlin: **Von der Stellung der männlichen Keimdrüsen im endokrinen Korrelationssystem und „anhormonaler" Impotenz.** S. 146. Zu einem kurzen Referat nicht geeignet. Im allgemeinen kann man wohl sagen, daß über diese Fragen sichere auf Experimente beruhende Grundlagen nicht existieren.

A. Blum-Wien: **Erwiderung auf A. Rothschilds „Bemerkungen zum Prioritätsstreit Blums gegen Praetorius betreffs der Purpura urologica", Zschr. f. Urol., 1924, Bd. 18, H. 12.** S. 157. Blum widerlegt die ihm von Rothschild gemachten Vorwürfe, wonach ersterer ihm gegenüber die Pflicht genauer literarischer Berichterstattung vernachlässigt habe.

W. Chrzelitzer-Waldenburg.

Bücherbesprechungen.

„Handbuch der Tropenkrankheiten", von K. Mense. (3. Aufl., Bd. 2. Joh. Ambr. Barth, Leipzig 1924.) Lepra, von G. Sticker-Würzburg.

In ausführlicher Weise behandelt Sticker auf 111 Seiten Geschichte, Pathologie und Therapie dieser endemischen Seuche. Besonders eingehend sind die Abschnitte über Geschichte und Epidemiologie.

In der historischen Übersicht weist Verf. auf die Verwirrung hin, welche durch die Gleichsetzung des Aussatzes und des Leprabegriffes hervorgerufen ist. Auch nach Sticker ist die biblische Zaraath keine Lepra, sondern ein Übel oder Makel, welches vom Priester nicht nur über Menschen, sondern auch über Kleider und andere Gegenstände ausgesprochen wird. Dieselben sind damit unrein und müssen vom Priester entsühnt werden. Auch in den Schriften der Inder existiert ein solcher Makel, dessen äußeres Zeichen ein weißes Mal darstellt. Aretaios von Kappadozien wird als Zeuge dafür zitiert, daß die Kenntnis der Lepra um das Jahr 200 n. Chr. in Syrien und Kleinasien schon

Digitized by Google

sehr fortgeschritten war. Nach der griechisch-römischen Ära, die die Lepra noch gut kannte, geht diese Kenntnis aber im Mittelalter völlig verloren. Erst durch das Erscheinen der Syphilis im 15. Jahrhundert wurde die Differentialdiagnose dieser beiden Seuchen gefördert. Die Anleitung zur Lepraschau des holländischen Arztes Peter Forest gibt ein anschauliches Bild von der minutiösen Untersuchungstechnik des 15. Jahrhunderts. Nach Sticker nehmen die Leprösen im 16. Jahrhundert an Zahl stark ab, besonders durch das Auftreten von anderen dezimierenden Seuchen, wie Pest und Pocken. Die Lepra starb im Volksbewußtsein für einige Jahrhunderte aus und wurde zum zweiten Male vergessen. Erst die bakteriologische Ära hat wieder darauf hingewiesen.

Gelegentlich einer Besprechung der Epidemiologie erwähnt Sticker seine bekannten Befunde von säurefesten Bazillen in den Organen von Fischen. In diesem Zusammenhange beschäftigt er sich genauer mit der Fischtheorie von J. Hutchinson. Sticker hält es wohl für möglich, daß die Lepra gelegentlich vom Fisch auf den Menschen übergeht. Wenn er auch die Schlußfolgerungen von Hutchinson ablehnt, so betont er doch immer wieder, daß die Lepra eine Küsten- und Fischplage ist, wodurch er andeutet, daß ihm die Infektion durch Fischnahrung sehr wahrscheinlich erscheint. Die Lepra ist ferner eine Krankheit der Hausgemeinschaft.

Die Kulturversuche von Duval, Reenstjerna, Kedrowski und Stanziale auf künstlichen Nährböden werden als gelungen anerkannt; die serologischen Reaktionen werden jedoch abgelehnt. Bezüglich der Stellung der Rattenlepra zu der humanen Lepra kommt Sticker zu keiner positiven Stellungnahme. Bei der Kritik der experimentellen Infektionsversuche auf Versuchstiere (Affen, Ratten, Mäuse) betont St. ganz mit Recht, daß nur sehr lange Zeit fortgesetzte Infektionsversuche Aussicht auf Erfolg haben. Einen Zweifel an diesen positiven Infektionsresultaten (z. B. Kedrowski, Bayon, Sugai, Reenstjerna, Duval) hält Sticker nicht für berechtigt.

Bei Besprechung der Pathologie unterscheidet Sticker tuberöse, nichttuberöse und gemischte Formen. „Die Leprazelle Virchows gehört der zellular-pathologischen Vergangenheit an.“ „Die Leprazellen entsprechen Bazillenmassen, die zum Teil als Inhalt gewöhnlicher Zellen den Zellkörper aufgetrieben und den Zellkern an die Peripherie gedrängt haben, zum Teil aber — und in den fortgeschrittenen Fällen zum größten Teil — nichts weiter sind als Ausfüllungen von Saftlücken und Lymphwegen, in denen sie die sogenannten Globi (Lymphgefäßthromben) bilden.“

Nach kurzer Schilderung des klinischen Verlaufes werden die einzelnen klinischen Erscheinungen genauer beschrieben. Der Lokalisation der Erkrankung in der Nase wird entsprechend der bekannten Stellungnahme des Verf. eine ausführliche Beschreibung gewidmet. Besonders die verschiedenen Nasenformen werden differentialdiagnostisch genau besprochen. Die zahlreichen Parallelen mit anderen Gesichtshaut-Dermatosen erscheinen gesucht; auch darin geht Sticker entschieden zu weit, daß er allein den Nasenprimäraffekt anerkennen will. Die vielen Leprösen, die meist nur mit einem Fleck zu diagnostischen Zwecken nach Europa kommen, haben fast immer den Fleck an den Extremitäten, ohne daß in der Nase ein Bazillus festzustellen ist.

Die dermatologische Beschreibung leidet unter den vielen, nicht genau definierten und daher das Verständnis erschwerenden populären Schlagworten, wie „Geifer ausschwitzende Geschwüre“, „Grinde“ und „Räuden“, enthält aber viele äußerst treffende Bemerkungen. Sehr kurz nur behandelt wird leider die Neuritis der Ulnarnerven, eines der konstantesten leprösen Symptome. Auffällig ist, daß Sticker die Jadassohnsche tuberkuloide Lepra, die sowohl klinisch als auch pathogenetisch ein besonderes Interesse beansprucht, nicht erwähnt. Es finden sich nur einige Hinweise auf Riesenzellenbildung. Ferner wäre bei einer Neuauflage eine genauere Schilderung der leprösen Iridozyklitis zu wünschen. Die Berichte über Staphylokokken und Streptokokken-Sekundärinfektionen sind mit Vorsicht zu verwerten. Erysipele wurden in größerer Menge besonders vor der bakteriologischen Ära beschrieben; es dürfte sich dabei wohl meist um lepröse Erysipeloide gehandelt haben.

Wenn bei Besprechung der Pathogenese Sticker noch einmal betont, daß die vordere Nase der Sitz des Primäraffektes der Lepra sei, so muß demgegenüber doch darauf hingewiesen werden, daß eine Reihe von einwandfreien Forschern, denen die Lokalisation in der Nase hinlänglich bekannt ist, und die stets genau laryngologisch untersucht haben, bei bestehendem Hautbefund jeden Nasenbefund vermißt haben. Ja, aus Stickers eigener Tabelle geht hervor, daß eine Reihe von Fällen einen positiven Nasenbefund vermissen ließen. Die hauptsächlichen Verbreitungstypen in der Haut, in den Nerven und den Schleimhäuten versucht Sticker in anregender Weise durch die Anatomie der

Digitized by Google

betreffenden Lymphbahnen zu erklären. Die lymphatische Ausbreitung hält er für die gewöhnliche; die hämatogene Ausbreitung soll ihr gegenüber an Bedeutung zurückstehen. Der interessante Einfluß der Vakzination wird beleuchtet, die Infektion durch Zwischenträger abgelehnt. Eine ausführliche Beschreibung erfährt die Infektion mit dem Rattenleprabazillus von Stefanski.

Bei Besprechung der Diagnose macht sich Sticker mit Recht über die kleinlichen Schikanen lustig, denen nach der Berliner Leprakonferenz die Leprösen in Europa ausgesetzt waren. Die Gefahr der Lepraübertragung ist vorhanden; aber sie ist äußerst gering. Es folgt eine ausführliche Schilderung des Lepraschutzes durch Prophylaxe und Isolierung in den Leproserien, welche Sticker als einzige Rettung preist.

Bei der Therapie nimmt Sticker einen äußerst skeptischen Standpunkt ein. Da er nicht an die Heilbarkeit glaubt, will er auch die zahlreichen beschriebenen Heilungen nicht anerkennen. Übrigens ist er nicht gänzlich therapeutischer Nihilist, sondern lobt die guten Erfolge der Danielssonschen Salizylbehandlung, des japanischen Bades von Kusatsu und des Chaulmoograöles.

Selbst derjenige, welcher manche der Stickerschen Auffassungen nicht teilt, wird die temperament- und geistvolle Argumentierung Stickers mit großem Genuß lesen und manches daraus lernen können.

Die tropischen Hautkrankheiten, von A. Plehn-Berlin und K. Mense jr.-Kassel.

Das sorgfältig ausgearbeitete und glänzend ausgestattete Kapitel über tropische Hautkrankheiten sollte in der Bibliothek keines Dermatologen fehlen. Die Darstellung ist klar und kritisch, die Ausstattung mit zahlreichen guten Abbildungen und das übersichtliche Literaturverzeichnis sind vorbildlich.

Der Stoff ist eingeteilt in eine Reihe von Unterkapiteln: Bildungsdefekte und Ernährungsstörungen unbekannter Art, Entzündungen der Haut durch physikalische Einflüsse, durch bakterielle Infektion bedingte Hautleiden, tropische Geschwüre, die konstitutionellen Krankheiten, Pilzerkrankungen der Haut, Krankheiten toxisch-neurotischen Ursprungs und Hautzoonosen. Aus der Fülle der interessanten Krankheiten seien besonders hervorgehoben die vortrefflichen Abschnitte über Ulcus phagedaenicum, das venerische Granulom und die Hautleishmaniose (Orientbeule). Besonders ausführlich und wichtig ist das vortrefflich illustrierte Kapitel über Framboësie s. Papillomatose (Yaws-Bubas-Pian). Hierbei ist mit Recht großer Wert auf eine eingehende und präzise Differentialdiagnose gegenüber der tropischen Syphilis gelegt. Sehr anschaulich werden auch die einzelnen sogenannten tertiären Erscheinungen der Framboësie geschildert, wozu die Gangosa (Rhinopharyngitis mutilans) gerechnet wird. Weitere Erkrankungen, die mit der Framboësie identifiziert werden, sind die Nodosités juxtaarticulaires (Lutz) aus Brasilien und das Gundu (Anakrhé) aus Westafrika.

Auch das nun folgende Syphiliskapitel ist für den europäischen Dermatologen sehr lehrreich. In vernünftiger Weise treten die Verff. dem in Deutschland vielfach verbreiteten Aberglauben entgegen, daß die Tropensyphilis besonders bösartige Formen zeigt. Grad und Dauer der Volksdurchseuchung sowie die Verbreitung und Wirksamkeit der üblichen Behandlungsmethoden sind für die Formen, welche die Syphilis annimmt, von größerer Bedeutung als Rasse und Klima. Syphilitische Europäer haben die Tropen nur dann zu fürchten, wenn Malaria, Dysenterie oder starke Strapazen zu erwarten sind. Quecksilberschmierkuren werden in den Tropen meist schlecht vertragen.

Bei den tropischen Pilzerkrankungen der Haut ist die Systematik noch weit verworrener als bei den europäischen Mykosen. Besonders Castellani hat sich um sie sehr verdient gemacht. Die Verff. verzichten auf ein genaues Eingehen auf Fragen der Systematik. Gleich bei der ersten Krankheit, dem Madurafuß, zeigt sich die Unsicherheit in der Systematik, indem eine ganze Reihe von Pilzarten, wie Streptothrix, Sporotrichon, Diskomyzes, Nokardia als „Erreger" bezeichnet werden.

Die Beschreibung der Blastomykosen ist kurz gehalten und bietet für den Dermatologen nichts Neues, ebenso die Beschreibungen von Sporotrichose und verwandten Krankheiten und Trichophytie sowie der oberflächlichen Pilzkrankheiten (Epidermidosen). Bei der Tinea imbricata und der Tinea albigena wären instruktivere Bilder wünschenswert.

P. Unna jr.-Hamburg.

Digitized by Google

Mitteilungen aus der Literatur.

Syphilis.

b. Pathologie und Klinik.

Ätiologie und Pathogenese der tertiären Syphilis der Schilddrüse (Etiology and Pathogenesis of Tertiary Syphilis of the Thyreoid Gland), von P. Guillaume-Bordeaux. (Med. J. and Record, 1925, Bd. 121, Nr. 3, S. 159—160.) Der Jodgehalt des Schilddrüsensekretes erklärt ihr seltenes Ergriffensein von Syphiliserscheinungen; eigentümlich ist es unter diesen Umständen, daß gerade tertiäre Erscheinungen an ihr beobachtet werden. Bei kongenitaler Syphilis handelt es sich um eine allgemeine Aussaat von Gummen im Körper, die auch die Schilddrüse befallen können, bei erworbener scheint voraufgegangene Struma dazu zu disponieren. Für das Zustandekommen der spezifischen Erscheinungen in der Drüse bestehen 3 Theorien: Zuführung der Spirochäten mit dem Blutstrom, Ergriffenwerden per contiguitatem, Wirkung der Toxine der Spirochäten. E. Levin-Berlin.

Ein Fall von Lues der Blase, von E. Barabas-Preßburg. (W. kl. W., 1925, Nr. 4, S. 123—124.) Krankengeschichte eines Falles von chronischer Blennorrhoe bei einem 36jähr. Manne, der sich post coitum zwecks Prophylaxe eine 10%ige Kalipermanganatlösung injiziert hatte. Dadurch Zystitis und Manifestwerden der 4 Jahre zurückliegenden latenten Blennorrhoe, die nun ohne spezifische und lokale Therapie schnell abheilt. Bei der Zystoskopie stellte sich das folgende Bild heraus: auf stark hyperämischer Blasenschleimhaut fünf grauweiße, mit ulzerierte, stecknadelkopfgroße Knötchen im Trigonum, jedes von rotem Ring umgeben. „Pirquet, Tbc.-Bazillen negativ, WR mittelstark positiv". Da Pat. vor 7 Jahren P. A. hatte und bisher 4 Kuren durchgemacht hat, spricht B. die Effloreszenzen als luetische an. Energische antiluetische Behandlung brachte völlige Beschwerdefreiheit und von der 4. Neosalvarsaninjektion ab normales zystoskopisches Bild. B. will den Fall eingereiht wissen in das Kapitel von Lues und Reizung, indem er annimmt, daß die latente Lues sich an dem Ort der Reizung, dem Locus minoris resistentiae, dokumentierte. Auf Grund der Anamnese, des zystoskopischen Bildes und des Erfolges der spezifischen Therapie spricht B. den Fall als sekundäre Blasenlues an. H. Lippert-Köln a. Rh.

Blutharn aus luetischer Niere (Gumma?), von M. Sirovicza-Budapest. (Orv. Hetilap, 1924, Nr. 25.) Ein 58jähr. Mann hatte Blutharn seit 2 Monaten, ohne öfteren Harndrang, ohne besondere Beschwerden. Zystoskopie: Trabekelblase, vom rechten Ureter Blutharn. Ureterkatheterismus: rechts Stockung, links normal. Röntgen: keine Steine. Operation: Nephrotomie, Dekapsulation, Nephropexie. Die Niere zeigte makroskopisch keine Veränderungen. Heilung glatt, doch verschwand der Blutharn erst nach 3 Wochen. Nach 6 Monaten derselbe Zustand. Ureterkatheterismus war auszuführen. △ links 1,24°, rechts 0,58°. Indigokarminerscheinung blieb rechts aus. Die zufällig bemerkte Anisokorie gab Anlaß zur Ausführung einer WR, welche +++ war. Therapie: Salvarsan und Jod. Nach der 3. Salvarsandose wurde der Harn ganz klar. Verf. stellt die Diagnose Nierengumma. Nach 5 Monaten ist der Zustand derselbe.
M. Porosz-Budapest.

Syphilis des Endometrium, von T. Nagy-Budapest. (Gyógyászat, 1924, Nr. 28.) Die luetische Erkrankung ist nicht so selten. Vor Jahren hatte Verf. eine Exstirpation ausgeführt wegen unstillbarer Metrorrhagie und Tumor, doch stellte sich heraus, daß das großzellulare Sarkom (vor der Kürettage diagnostiziert) ein Gumma war. Leukoplakien des Endometriums, die mit der Kürette abgekratzt wurden, können durch Wucherungen des Endometriums ein Karzinom vortäuschen. Diese sind die gutartigen „präkanzerösen" Fälle. Beschreibung zweier Fälle, von denen der eine, eine an Blutungen leidende Frau, die mit Glanduitrin-Injektionen vergebens behandelt wurde, richtig diagnostiziert wurde durch das Auftreten von Plaques in dem Mund und Rachen. Eine ausgiebige antiluetische Kur führte zur Heilung. Die Diagnose wurde auch durch positiven Spirochätennachweis in der Schabung bestätigt. Die 2. Frau mit Blutungen auf Grund exulzerierter Leukoplakien an der Zervix hatte positive WR. Die Heilung ging langsam vorwärts, und es entstanden neue Ulzera, welche eine Totalexstirpation nötig machten. M. Porosz-Budapest.

Digitized by Google

Zur Behandlung der Lues innerer Organe, von E. Pulay-Wien. (M. m. W., 1924, Nr. 43, S. 1503.) Die luische Aortenveränderung besteht lange, ehe sie Erscheinungen macht. Von der Frühdiagnose hängt der Erfolg der Behandlung ab. Subjektiv findet man Druckgefühl und Druckschmerzhaftigkeit unterhalb des Brustbeins mit Ausstrahlung nach der rechten Seite, anfallartiges Herzklopfen, besonders des Nachts aus vollem Schlaf heraus (meist paroxysmale Tachykardie und Extrasystolie). In anderen Fällen fehlen subjektive Erscheinungen. Positives Ergebnis der Röntgenuntersuchung, Akzentuierung des zweiten Aortentones, manchmal Pulsarrhythmien, auffallend leise Herztöne, übermäßiger Blutdruck bei noch jugendlichen Individuen. Intensive Behandlung. Salvarsan, am besten mit Afenil (Vermeidung der Nebenerscheinungen und Kalkzufuhr). Bei Hypertonischen dagegen Lösung des Salvarsans in Papaverin; dazu dreimal wöchentlich 0,5 Diuretin. Keine hohen Salvarsandosen! Kuren zu 3 und 4 g. Zwischen den Salvarsankuren Jod, besonders bei Hypertonischen. Bei Hypotonischen Strychnin. Bei Beteiligung des Myokards neben Salvarsan Chinin. Bei luischen Nephrosen Salvarsan in 5%igem Urotropin-Chlorkalzium (Schering) oder -Kalzihyd (Heger); bei Unbekömmlichkeit des Urotropins Auflösung in Euphyllin; bei Ödemen Salvarsan + Thyreoidea. Bei Gelenklues lokal Schmierkur; daneben Salvarsan + Proteinkörpertherapie. Wegen der schmerzhaften Reaktionen der Gelenke Auflösung des Salvarsans in Atophan.

A. v. Notthafft-München.

Über die Bedeutung der Pupillenveränderungen für die Diagnose luetischer Erkrankungen, von R. Hessberg, Augenkl. d. Städt. Krankenanst. Essen. (M. Kl., 1924, Nr. 51, S. 1811—1812.) Zahlreiche Veränderungen an den Pupillen sind nicht eigentlich pathologisch. Die wirkliche Bedeutung pathologischer Pupillenveränderungen ist im allgemeinen nicht auf Grund äußerer Besichtigung, sondern durch eingehende fachaugenärztliche Untersuchung und Beurteilung festzustellen. Sind außer den Pupillenveränderungen keine sonstigen Zeichen von Syphilis nachweisbar, so wird eine Übertragung der Infektion nicht mehr in Frage kommen. E. Levin-Berlin.

Atrophie des Sehnerven bei Spätsyphilis (Optic Atrophy Due to Late Syphilis). von G. O. Hume-London. (Lancet, 1924, Bd. 205, Nr. 5282, S. 1064.) Als Behandlung der Sehnervenatrophie im Verlauf der Spätsyphilis wird Injektion von Sublimat in die Cisterna cerebellaris empfohlen. Kurze Angabe der Technik. Nachdem etwa 10 ccm Flüssigkeit abgelassen ist, wird die Hälfte davon mit wenigen Tropfen einer $^1/_2$%igen Sublimatlösung vermischt und direkt in die Zisterne injiziert; gleichzeitig eventuell Salvarsan intravenös. Im Frühstadium der Atrophie soll mit dieser Therapie angeblich ein günstiger Einfluß auf den Prozeß erzielt werden. B. Peiser-Berlin.

Über pallidostriäre Syndrome im Gefolge der Lues und Metalues, von K. Boas. (Arch. f. Psych., 1924, Bd. 71, H. 5, S. 662.) Eine Zusammenstellung und Besprechung des kasuistischen Materials über extrapyramidale Störungen, besonders über das Auftreten pallidostriärer Symptome im Verlauf der luischen Erkrankungen des Zentralnervensystems. Eingehende Beschreibung eines eigenen Falles mit einer Kombination von Parkinsonismus und Pyramidenzeichen. Ohne daß sich wesentliche neue Gesichtspunkte ergeben haben, ist doch die Arbeit wichtig durch die Sammlung des zu ihrem Thema gehörenden Materials an in der Literatur zerstreuten Einzelbeobachtungen.

A. Wittgenstein-Berlin.

Tabes dorsalis im Kindesalter, von J. Kaufmann-Budapest. (Krankenvorstellung im Kön. Ung. Ärzteverein.) Zwei Schwestern von 7 und 9 Jahren. Der Vater akquirierte eine Syphilis vor 25 Jahren. Die Mutter hatte drei Totgeburten. Die ältere Schwester hatte Anisokorie, Mydriasis, Strabismus, positiven Argil-Robertson, Faxialisparese, Kniereflex selten, kaum auslösbar, und vorspringende Stirn mit Geistesdebilität. Die Jüngere hatte außerdem noch Scapulae scaphoideae. Geistesstörung ist keine vorhanden. Beide hatten WR ++++. Zur Beobachtung kamen die Kinder beim Augenarzt, den sie wegen eines Augenglases konsultiert hatten. M. Porosz-Budapest.

Zur Diagnose, Prophylaxe und Therapie der kongenitalen Syphilis, von E. Klaften, Univ.-Frauenkl. Wien. (Zbl. f. Gyn., 1925, Nr. 1, S. 30.) Für die Diagnose der angeborenen Lues hat sich die MTR im Nabelschnurblut und im Venenblut des Neugeborenen gut bewährt. Nur bei mazerierten Früchten fand sich regelmäßig eine Übereinstimmung des Untersuchungsergebnisses von mütterlichem Blut und Nabelschnurblut. In seltenen Fällen fand sich ein positiver Nabelschnurbefund bei negativem Retroplazentarblut und mütterlichem Venenblut, ein Resultat, das die dem Fötus innewohnende Fähigkeit zur Immunkörperbildung beweist. Dagegen handelt es sich in Fällen, wo mütterliches und kindliches Serum eine positive Reaktion ergeben, nicht um aus dem

Digitized by Google

mütterlichen Blut herrührende Antikörper, sondern hier ist die positive Reaktion der Ausdruck einer bereits erfolgten luetischen Infektion des Kindes. Nur die positive Reaktion im kindlichen Serum kann natürlich verwertet werden, eine negative Reaktion spricht nicht gegen die Infektion. Weiter ist für die Frühdiagnose verwertbar der Spirochätennachweis im fötalen Ende der Nabelschnur; ein positiver Befund spricht mit hoher Wahrscheinlichkeit für stattgehabte Infektion des kindlichen Organismus. Seltener sind Veränderungen an der Plazenta (Verdichtung und Aneinanderlagerung der Zotten mit Einengung der intervillösen Räume). Kommen sie aber vor, so sind sie für die Diagnose „kongenitale Lues" heranzuziehen. Kinder, bei denen sich diese drei Symptome fanden, wurden, auch wenn sie keine manifesten Zeichen der Lues darboten, einer Präventivkur unterzogen. Ebenso wurden Kinder von Müttern, die zu irgend einer Zeit der Schwangerschaft irgend welche luetischen Erscheinungen darboten, behandelt. Die Übertragung der Syphilis kann in jedem Stadium der Schwangerschaft erfolgen; je frischer die Erkrankung ist, um so sicherer kommt es zur Infektion der Frucht. Je früher die Frauen in der Schwangerschaft behandelt werden, desto günstiger sind die Aussichten für Gesundbleiben der Frucht. Die Neugeborenen werden mit Neosalvarsan und Quecksilber behandelt, und zwar bekommen sie 3mal täglich 0,01 Protojoduratum hydrargyri in Pulverform mit der Milchmahlzeit und außerdem 1mal wöchentlich 0,1 Neosalvarsan. Handelt es sich um eine Präventivkur, läßt es Verf. bei einer einmaligen Kur bewenden, natürlich unter dauernder Beobachtung. Hat der Säugling schon manifeste Zeichen der Infektion geboten, wird die Kur mehrmals wiederholt.

F. Landauer-Berlin.

Hereditäre Syphilis und Tuberkulose (Inherited Syphilis and Tuberculosis), von W. T. Munro. (Lancet, 1924, Bd. 207, Nr. 5284, S. 1173.) Von 100 an innerer oder chirurgischer Tuberkulose erkrankten Kindern konnte bei 11% hereditäre Lues nachgewiesen werden. Wiedergabe dieser Fälle. Verf. zieht daraus den Schluß, daß es keineswegs erwiesen erscheint, daß Lues eine Prädisposition für nachfolgende Tuberkulose schafft. Antiluetische Therapie ist in diesen Fällen nur mit Vorsicht durchzuführen.

F. M. Peter-Hamburg.

Die angeborene Syphilis des inneren Ohres und der praktische Arzt (La syphilis héréditaire de l'oreille interne et le médecin praticien), von A. Soulas. (J. de Méd. de Paris, 1924, Nr. 50, S. 1050—1053). Im wesentlichen wird es sich um Erscheinungen von mehr oder weniger rapider Vertaubung handeln. Die Behandlung muß hauptsächlich prophylaktisch sein. Die Differenzierung zwischen angeborener und erworbener Syphilis ist eine unsichere.

E. Levin-Berlin.

Fehlen fast aller Zahnbälge der bleibenden Zähne auf kongenital-syphilitischer Grundlage (Absence folliculaire de presque toutes les dents permanentes d'origine hérédo-syphilitique), von M. P. Weil und G. Villain. (Gaz. des hôp., 1925, Nr. 2, S. 21 bis 23.) 14jähr. Mädchen mit kongenitalem Mangel der Zahnbälge der bleibenden Zähne mit Ausnahme der oberen mittleren Schneidezähne und der beiden unteren mittleren Molaren. WR negativ, doch hat der Vater Syphilis und die Mutter zwei Aborte gehabt. Einige Milchzähne sind ausgefallen, ohne durch andere ersetzt zu werden, andere sind noch vorhanden. Die Ursache wird in einer kongenitalen Syphilis erblickt.

E. Levin-Berlin.

Zahnveränderungen bei kongenitaler Lues, von E. Langer und M. Wassmund, Rud.-Virch.-Krkhs. (Kl. W., 1925, Nr. 3, S. 110.) Es gibt eine typische Form der Zahnveränderungen bei kongenitaler Lues, die sich nur an den oberen, selten auch an den unteren Schneidezähnen und an den Eckzähnen abspielt. Man erkennt sie entweder an der Tonnenform, die mit gerader Schneidekante, sog. „Schraubenzieherform" oder mit einer „halbmondförmigen" Ausbuchtung der unteren Schneidekante kombiniert sein kann, oder an dem Einschnitt bzw. einer Einkerbung in der Mitte an der Stelle des mittleren Dentikels oder an der Pflockform. Alle anderen Veränderungen können bei Lues auch vorkommen, sind aber keineswegs charakteristisch. Diese Veränderungen finden sich nur an dem bleibenden Gebiß und meistens symmetrisch; an dem fötalen Gebiß kann es zu einem völligen Fehlen des Zwischenkiefers kommen. Verff. sind zu der Anschauung gelangt, daß die ganze Frage der kongenital-luetischen Zahnveränderungen durch die Wachstumsstörungen im Zwischenkiefer zu erklären ist. Und zwar ist die Dystrophie des Zwischenkiefers ebenso wie die der Zähne am stärksten im mittleren Teil in der Nähe der Symphyse. Auf diese Weise ergibt sich durch Messungen, daß die sonst gerade Linie des unteren Zahnfleischsaumes eine konkave wird, die von den Verff. als „konkaver Rand des Zwischenkiefers" bezeichnete Linie. Die verschie-

Digitized by Google

dene Form der Zähne bei der kongenitalen Lues ist auch auf diese Weise leicht erklärbar, da zuerst das mittlere Dentikel zugrunde geht und einsinkt, während zur Zeit der Verkalkung der seitlichen beiden Dentikel der Prozeß entweder durch die eigenen Abwehrkräfte des kindlichen Organismus oder durch die Behandlung zum Stillstand gekommen ist. E. Langer-Berlin.

Die kindliche Syphilis (La syphilis infantile), von Péhu-Lyon. (J. de Méd. de Paris, 1924, Nr. 45, S. 943—946, Nr. 46, S. 964—968.) Übersichtsreferat. E. Levin-Berlin.

c. Ätiologie und Diagnose.

Über Infektion mit einigen menschlichen und tierischen Protozoen, von M. Battaglia-Neapel. (Zbl. f. Bakt., 1924, Bd. 92, H. 7/8, S. 540.) Verf. hatte im Jahre 1908 die Beobachtung gemacht, daß die mit Trypanosomen infizierten und mit Atoxyl behandelten Tiere nach der 4.—5. Injektion keine Parasiten mehr im Blutkreislauf beherbergen. In Blutpräparaten sah er nur kleine, bewegliche, amöboide Körperchen mit Protoplasma und Chromatin. Wurde dann die Atoxylbehandlung ausgesetzt, traten nach 14 Tagen wieder vollständige Trypanosomenformen auf. Verf. schloß aus diesen Befunden, daß die Trypanosomen ihre Entwicklung mit einer amöboiden Sporenphase bebeginnen, und daß das Atoxyl die Krankheit nicht heile, weil es die Sporen und amöboiden Form intakt läßt. Verf. glaubt, daß die gleichen Verhältnisse bei Malaria und Lues vorliegen. Von einigen Forschern sind Körnerbildungen der Spirochäten beschrieben worden, aus denen unter bestimmten Umständen Spirochäten in reifer Form produziert werden können. F. Harry-Wiesbaden.

Der Nachweis der Spirochaeta pallida im Liquor cerebrospinalis bei Frühsyphilis (Spirochaeta Pallida in Cerebrospinal Fluid During Early Stage of Syphilis), von A. M. Chesney und J. E. Kemp-Baltimore. (J. Am. m. Ass., 1924, Bd. 83, Nr. 22, S. 1725.) Es wurden 34 Patienten mit positiver Blut-WR und mehr oder minder ausgesprochenen sekundären klinischen Erscheinungen untersucht, deren Liquores „normal" waren, insofern als sich mit den gebräuchlichen Untersuchungsmethoden (Liquor-WR, Zellzählung, Mastix- und Globulinreaktion) keine pathologischen Veränderungen nachweisen ließen. Die entnommenen Liquores wurden frisch je zwei gesunden Kaninchen in die Hoden injiziert und die Tiere nun 90 Tage beobachtet. Bei negativem Ausfall des Versuches Exzision der Hoden und Lymphdrüsen, die zu einer Emulsion verarbeitet neuerlich zwei gesunden Tieren intratestikulär verimpft wurden, durch welche Maßnahme es gelang, einen bei weitem größeren Prozentsatz von positiven Fällen zu erfassen. Im ganzen wurde in 15% der Fälle die Spirochaeta pallida bei den Versuchstieren einwandfrei nachgewiesen, ein Resultat, das mit den Ergebnissen der Voruntersucher übereinstimmt. Leider fehlen die Angaben über den Zeitpunkt der Infektion bei den positiven Fällen, welche gerade von besonderem Interesse wären. Die Dauer der sekundären Erscheinungen schwankte von 3 Wochen bis zu 2 Monaten. F. M. Peter-Hamburg.

Beobachtungen und Messungen an Syphilisspirochäten, von Ed. Hofmann, Derm. Univ.-Kl. Frankfurt a. M. (D. m. W., 1924, Nr. 48, S. 1648.) Die in zahlreichen Generationen fortgezüchteten Pallidakulturen von v. Wassermann und Ficker weisen große Vielgestaltigkeit auf. Je nach dem Medium lockert sich die Spirale. Die auf Nährboden von halbfester Konsistenz wachsenden Kulturen gleichen am stärksten den aus menschlichem Gewebe stammenden Formen. Die Teilungsfähigkeit der Spirochäten ist in den ersten 12 Tagen der Passagekultur am größten. Die Bewegungsfähigkeit der Spirochäten im Deckglaspräparat hält etwa 24 Stunden an. Temperaturen von 60° und mehr vernichten die Lebensfähigkeit der Spirochäten. Ebenso wie die Form ändert sich auch die Art der Bewegung der Spirochäten in der Kultur. Das Schlagen und Tasten mit den Endwindungen wird in festem Medium unregelmäßig. In flüssigem Substrat nimmt die Lebhaftigkeit zu, die Rotation fehlt häufig. Messungen der Länge und Dicke der Spirochäten sind sehr schwierig durchzuführen. In festem Nährboden sinkt die Länge auf 13 μ, um dann langsam auf 17 μ am 12. Tage anzusteigen. Der Wassermann-Ficker-Stamm wies eine mittlere Dicke von 0,25 μ, auf festen Nährböden von 0,28 bis 0,29 μ auf. F. Harry-Wiesbaden.

Senkungsreaktion der roten Blutkörperchen bei Syphilis und bei anderen Genitalerkrankungen, von J. Guszmann-Budapest. (Orv. Hetilap, 1924, Nr. 38.) Nach Fährens ist die Reaktion bei gesunden Männern in einer Stunde 2 mm, bei gesunden Frauen 6—8 mm. In floriden Fällen (sekundäre Exantheme) fand der Verf. einen Durch-

Digitized by Google

schnitt von 34,9 mm, doch waren auch Fälle mit 62 mm und mit 3 mm. Über 15 mm waren die Reaktionen in 85% vorhanden. In Tertiärfällen war der Durchschnitt 24 mm. Da war aber auch 60 mm und 3 mm zu finden. Ebenso regellos war auf die Reaktionen die Wirkung der Behandlung. Es war zu erwarten, daß zwischen der Behandlung und der Senkung ein Parallelismus besteht. In 67,5% der 40 beobachteten Fälle fand der Verf. eine kleinere Senkungsreaktionsziffer als vor dem Anfang der Kur, in 1/3 Teil war doch ein Wachsen der Ziffer zu bemerken. Mit der WR war auch kein Parallelismus zu finden. Die untersuchten Patienten waren zumeist junge Frauen. Er machte auch Versuche mit dem Umtausch der roten Blutkörperchen und Plasmen. Bei einer Frau (Condyl. lata.) war die SR 15 mm, bei der anderen (Exanth. papulosa) 17 mm, bei dem Umtausch der roten Blutkörperchen des zweiten Falles war die SR 36 mm, und die roten Blutkörperchen der ersten mit dem Plasma der zweiten gab eine 4 mm-Reaktion. Die akuten Tripperfällen gaben eine normale Reaktion. Ein Ulcus vener. mit Adenitis gab eine 2 mm-Reaktion, und die anderen Ulzera ergaben im Durchschnitt 18 mm. Weder für den Krankheitszustand noch für die Diagnose oder Prognose hat die Reaktion einen Wert.

M. Porosz-Budapest.

Über die praktische Verwendbarkeit der Luetinreaktion nach Noguchi, von J. Justus. (W. m. W., 1924, Nr. 52, S. 2779.) An einem verhältnismäßig großen Material hat Verf. die Brauchbarkeit der Luetinprobe festgestellt, und zwar hat er 106 Fälle der verschiedensten Luesstadien damit geprüft. Er konnte sowohl bei frischer wie altlatenter Lues, bei kongenitaler wie konjugaler Lues einen fast regelmäßig positiven Ausfall beobachten. Auch in einem Tabesfall erlangte Verf. ein positives Resultat. Dagegen war die Luetinprobe, wie auch bei anderen Autoren, negativ bei Personen ohne Lues, auch bei solchen mit anormaler Hautreaktion, insbesondere auch in einem Tuberkulosefall. Somit glaubt Verf., gestützt auch auf eine gründliche Bearbeitung und Wertung der einschlägigen Literatur, die er ausführlich aufführt, der Noguchischen Luetinprobe eine große Bedeutung zuerkennen zu müssen. E. Langer-Berlin.

Beitrag zur Frage der Wiederinfektion bei experimenteller Kaninchensyphilis, von H. Reiter-Berlin-Dahlem. (Zbl. f. Bakt., 1924, Bd. 92, H. 7/8, S. 534.) An Infektionen mit positivem Ergebnis schließt sich eine zeitlich begrenzte Immunität gegen spätere Infektionen an. Es handelt sich vielleicht dabei nicht um echte Immunität, sondern um einen Zustand latenter Infektion. Kommt die Infektion durch rechtzeitige Behandlung nicht zum Ausbruch, dann sind die Tiere als geheilt zu betrachten und für neue Infektionen empfänglich. Dies ist bei ungenügender spezifischer Behandlung nicht der Fall. Die Wiederinfektion haftet um so eher, je weiter die Erstinfektion zurückliegt und je biologisch höherwertiger der zur zweiten Infektion benutzte Stamm ist. Unter Umständen gelingt es, durch kräftige spezifische Behandlung die erworbene Immunität zu zerstören. F. Harry-Wiesbaden.

Nachtrag zur Frage der experimentellen Lues der Kaninchenleber und -niere, von K. Neubürger und K. Terplan, Dt. Forschg.-Anst. f. Psych. München u. Dt. Path. Inst. Prag. (Virch. Arch., 1924, Bd. 253, H. 3, S. 706.) Die in Bd. 247 des Archivs erschienene Abhandlung wird nunmehr durch die Beantwortung einer bisher offen gelassenen Frage ergänzt. Die Granulome in den Lebern der mit Lues infizierten Tiere sind nicht luetischen Ursprungs, es handelt sich um gewöhnliche parasitäre Bildungen, hauptsächlich durch Cysticercus pisiformis hervorgerufen. Auffällig war der Befund der ersten Versuchsreihe, wo kein Vergleichstier (nicht luetisch infiziert) Granulome aufwies, demgegenüber fanden sich aber auch bei den luetisch infizierten nur in 40% der Fälle Granulome. In den Nieren der Vergleichstiere der weiteren Untersuchungsreihen fanden sich ebensowenig wie bei den früheren irgend welche Veränderungen.

F. J. Baar-Bad Kreuznach.

d. Serologie.

Über Punktion der Cisterna cerebello-medullaris, von Julius Janossy, Med. Klin. Univ. Debreczyn. (M. Kl., 1925, Nr. 2, S. 55—56.) Fingerzeige für Ausführung der Methode, die bei nötiger Vorsicht nicht gefährlicher als Lumbalpunktion; die Technik ist leichter, auch vom diagnostischen und therapeutischen Standpunkt bedeutet die Methode einen Fortschritt. E. Levin-Berlin.

Ein neues Blutentnahmeglas, von E. Kantorowicz-Berlin. (M. Kl., 1925, Nr. 2, S. 61.) Das Glas trägt eine genau aufgeschliffene Metallkappe, die in einen Rekordkonus ausläuft, auf den jede Rekordnadel aufgesetzt werden kann. Durch Einstechen der mit dem Glas in Verbindung befindlichen Nadel wird jede Beschmutzung vermieden. E. Levin-Berlin.

Digitized by Google

Luesreaktionen mit bekannten chemischen Reagentien, von J. Kiss-Budapest. (Gyógyászat, 1924, Nr. 20.) (Vortrag geh. in d. kön. Ärzteverein in Budapest am 3. Mai.) Wenn wir die Wassermannstoffe nicht kennen, müssen wir die chemischen und physischen Eigenschaften der Reagentien kennen, damit für sich jeder die Reagentien bereiten kann. Dann wäre eine staatliche Standardierung überflüssig. Verf. hat bewiesen, daß die spezifisch reagierenden Organextrakte Lezithine sind. Das nach Erlandsen gereinigte, isolierte, sekundäre Lezithin (zumeist mit Äther extrahierter Herzmuskel, dann mit Alkohol behandelt) ist bedeutend wirksamer als andere Stoffe. Cholestearin allein besitzt keine spezifische Wirkung. Hingegen mit sekundärem Lezithin zusammengebracht, wird der Effekt auf das 10fache gesteigert. Ölsäure, -natrium oder -kalium steigern auch die spezifische Wirkung des Lezithins. Es gibt kein Organextrakt, welches mit solch einem geringen Lösungsinhalt so eine starke Reaktion gibt. Die WR kann man ohne Lezithin auch mit reiner Ölsäure ausführen. Zu Präzipitationsproben ist die Gegenwart des Lezithins unbedingt nötig. Der Alkohol kann auch entbehrt werden. Dann soll nach Eintrocknen das Alkohollezithin, der Rest in einer 5%igen Kochsalzlösung verrieben werden. Von einer Emulsion (in 1 ccm Salzlösung in 1 mg Lezithin) 0.25 ccm gibt es schon mit 0,1 ccm Luesserum in einigen Minuten eine mit der Lupe sichtbare Präzipitation. In 2—3 Stunden geben sämtliche WR-positive Seren einen Niederschlag. Nach 24 Stunden geben auch schon die negativen einen. Nach Zentrifugieren ist schon in 5 Minuten eine spezifische Reaktion zu erhalten. Wenn Cholestearin zugegeben wird, dann präzipitiert auch die Kochsalzlösung nach Zentrifugieren, zeigen sich auch unspezifische Reaktionen. Bei der SGR spielt das Cholestearin eine bedeutende Rolle in unspezifischen Fällen. Die Reaktion ist einfach und rasch. M. Porosz-Budapest.

Die Methodik des Syphilisnachweises an Gebäranstalten, von E. Klaften, I. Univ.-Frauenkl. Wien. (Arch. f. Gynäkol., 1924, Bd. 123, H. 1, S. 283.) Verf. fand unter 912 Fällen von WR bei Schwangeren, Wöchnerinnen und Gebärenden nur 6mal einen passageren, schwach positiven Ausfall und nur 1mal einen positiven Ausfall bei einer Nichtluetischen. Die Vornahme der WR aus dem Retroplazentarblut wurde sowohl von dem Vater der Idee wie auch von sämtlichen Autoren wegen der großen Zahl unspezifischer Ausfälle fallen gelassen. Verf. hat nun das Retroplazentarblut besonders auch zur Meinickeschen Trübungsreaktion benützt. Verf. hat das Extrakt in 8—12facher Verdünnung mit 0,3—0,4% Cholesterin versetzt und dann eine sehr feine, ausreichende Reaktion erhalten. Es werden 0,4 ccm eines durch scharfes Zentrifugieren gewonnenen Serums in nicht zu dünnwandigem Reagenzröhrchen von 1 cm abgefüllt mit 1 ccm Extraktgemisch versetzt, gut durchgeschüttelt (das Extraktgemisch ist 1 ccm Extrakt + 10 ccm 2%ige NaCl-Lösung), beides auf 37° erwärmt, ehe es versetzt wurde. Die Ablesung erfolgt nach 1 und nach 4 Stunden als Trübungsreaktion und nach 24 Stunden als Ausflockungsreaktion. Es müssen zur Trübung schon gute Temperaturen sein, da sehr niedere Temperaturen verzögernd wirken. Im Nabelschnurblut war die positive Reaktion viel seltener als im mütterlichen Blut, selbst wenn die Kinder bald nach der Geburt sichtbar erkrankten. Verf. fordert Ausführung beider Reaktionen.

A. Rosenburg-Mannheim.

Bemerkungen über die Wassermannsche Reaktion, von Bohne, Staatskrkhs. Bergedorf. (D. m. W., 1924, Nr. 46, S. 1584.) Verf. verwendet zur Untersuchung von Sera die WR und daneben die Ausflockungsreaktion nach Bruck. Die WR-Resultate stimmten auch bei Parralleluntersuchungen mehrerer Anstalten fast immer überein. Die Brucksche Reaktion zeigte in 98% die gleichen Resultate wie die WR. Der gesunkene Titer eines mit Glyzerin verdünnten Ambozeptor kann durch ½stündiges Erwärmen auf 56° wieder auf die alte Höhe gebracht werden. F. Harry-Wiesbaden.

Die Kahnsche Fällungsreaktion (The Kahn Precipitation Test for Syphilis), von R. L. Kahn-Michigan. (Am. J. of Public Health, Juni 1924.) Nachdem sich in Deutschland die SGR und die 3. Modifikation von Meinicke schon längst eingebürgert hatten, wurde von Kahn in Amerika eine Präzipitationsmethode zur Serodiagnostik der Syphilis angegeben, die in ihren Grundzügen vollkommen den zuvor genannten Reaktionen entspricht. Auch Kahn läßt cholesterinierten Rinderherzextrakt auf das inaktivierte Serum bei 37° einwirken. Die Unterschiede zur SGR bestehen im allgemeinen lediglich darin, daß eine Unterschichtung im Sinne der Präzipitationsmethode und eine unwesentliche Abänderung in dem Mengenverhältnis stattfindet. Er hat nun seine Reaktion als Auswertungsmethode ausgebaut, indem gewöhnlich drei verschiedene Serumverdünnungen mit der gleichen Menge Extrakt digeriert werden. Um die Einwirkung der Behandlung usf. eingehender studieren zu können, schlägt er weiterhin eine erweiterte Auswertungs-

Digitized by Google

methode vor, bei der acht verschiedene Konzentrationen des gleichen Serums mit gleichen Mengen Antigen vermengt werden. Schließlich macht er den Vorschlag, aus der Lumbalflüssigkeit, die ja bekanntlich mit den üblichen Flockungsmethoden bei einwandfrei positiver WR häufig negative Resultate zeitigt, die Globuline mit Ammoniumsulfat auszufällen und mit dem in Kochsalzlösung gelösten Präzipitat, in dem die „Syphilisreagine" konzentriert sich vorfinden, seine Methode auszuführen. Die Resultate sollen in diesem Falle mit denen der WR übereinstimmen. F. Georgi-Breslau.

Methode der beschleunigten Ausflockungsreaktion bei Syphilis, von M. Beniasch und D. Lerner-Kiew. (Zbl. f. Bakt., 1924, Bd. 93, H. 5, S. 352.) Die Modifikation der Ausflockungsreaktion besteht darin, daß anstatt des alkoholischen Herzextraktes eine alkoholfreie Emulsion zur Anwendung kommt. Die Verff. sind von dem Gedanken ausgegangen, daß der lipoidlösende Alkohol auf den Verlauf der Reaktion hemmend einwirkt. Der Extrakt, aus dem die Emulsion bereitet wird, muß frei von ätherlöslichen Fetten sein. Der getrocknete und zerriebene Herzmuskel des Pferdes wird daher 3mal 24 Stunden in Äther belassen. Danach wird der Äther abfiltriert und entfernt, und der Niederschlag 3mal 24 Stunden mit Alkohohl extrahiert. Die für den Versuch erforderliche Extraktmenge wird darauf in eine Schale gegossen, die im Brutschrank bis zur völligen Verdunstung des Alkohols verbleibt. Auf dem Boden der Schale bleibt ein dünner Belag zurück, der nun 2mal mit physiologischer Kochsalzlösung gewaschen wird. Dann setzt man physiologische NaCl-Lösung hinzu, und zwar zu gleichen Teilen mit der gebrauchten Extraktmenge. Nach 1—2 Minuten quillt der Belag auf und wird mittels einer Pipette in ein hohes Reagenzglas übertragen. In die Schale wird wiederum dieselbe Menge Kochsalzlösung wie vorher gegossen, der Rest des Belages abgewaschen und in das gleiche Reagenzglas gebracht. Durch Schütteln erhält man eine gleichmäßige, durchsichtig-trübe Emulsion. Sie wird nun nach einem bestimmten Titer langsam mit physiologischer Kochsalzlösung weiter verdünnt und ist nach 10—15 Minuten gebrauchsfertig. Die Titerbestimmung wird in 3 Zeiten ausgeführt: 1. werden mit positiven und negativen Seren die Grenzen des Arbeitstiters der Emulsion festgestellt; 2. an schwach und stark positiven und negativen Seren wird die optimale Konzentration der Emulsion (1 : 4, 1 : 6, 1 : 8, 1 : 10, 1 : 12 usw.) bestimmt; 3. Kontrolle der optimalen Verdünnung an positiven und negativen Seren. Die Versuchsordnung gestaltet sich in der Art, daß man zu 0,2 ccm inaktiven Serums 0,2 ccm physiologische Kochsalzlösung und 0,6 ccm Emulsion unter Schütteln zusetzt. Die Gemische werden sodann 5—6 Minuten lang zentrifugiert (2500 Touren pro Minute). Negative Sera bleiben unverändert. Der positive Ausfall ist durch Bildung einer grauweißen Membran an der Oberfläche des Gemisches charakterisiert. Die Membran zerfällt beim Schütteln in Flocken. Die eben beschriebene Flockungsreaktion stimmte in 96,6% mit der WR überein. Nur in einem Fall fiel die Reaktion unspezifisch aus. F. Harry-Wiesbaden.

Serodiagnostik der Syphilis: kolorimetrische Methoden der indirekten Ausflockung (Wassermann, Jacobsthal, Hecht) und die Methoden der direkten Ausflockung (Serodiagnostic de la syphilis: Méthodes colorimétriques de floculation indirecte (Wassermann, Jacobsthal, Hecht) et méthodes de floculation directe), von M. Rubinstein. (Presse méd., 1924, Nr. 95, S. 939.) Zusammenfassender Bericht über die Resultate der Kopenhagener Konferenz zur Standardisierung der Serumreaktion. R. führt aus, daß keine der neueren Methoden an Stelle der Original-WR treten kann, daß aber die neueren Modifikationen eine wichtige Ergänzung bilden. Für den behandelnden Arzt wird eine Kombination von WR mit den Reaktionen nach Jakobsthal und nach Hecht, gleichzeitig ausgeführt, die zuverlässigste Art von Auskunft ergeben.

A. Philippi-Bad Salzschlirf.

Die Meinicke-Mikroreaktion auf Syphilis, von Ernst Meinicke, Serol. Instit. Landesversicherungsanstalt Westfalen in Hagen-Ambrock. (M. Kl., 1925, Nr. 4, S. 132 bis 134.) Zur Anstellung der Mikroreaktion genügt ein, auch bei kleinen Kindern leicht erhältlicher großer Blutstropfen. Nach einem im Original nachzulesenden Verfahren wird Extraktverdünnung und Serum in geeigneter Weise vorbereitet, beides auf einem Objektträger vermischt, mit Deckgläschen bedeckt, dieses Schichtpräparat in eine feuchte Kammer gebracht oder auch ein hängender Tropfen angelegt. Das Reaktionsergebnis wird nach einstündigem Liegen bei Zimmertemperatur unter dem Mikroskop abgelesen. Das Schichtpräparat zeigt im Dunkelfeld bei negativer Reaktion ein milchgraues Gesichtsfeld von zahllosen ganz dichtstehenden, lebhaft tanzenden, kleinen, hellen, gleich großen Punkten angefüllt; bei stark positiver Reaktion ein ganz schwarzes Gesichtsfeld, in dem sich dicke, glänzend weiße, sternförmige Partikel hin und her wälzen, daneben tanzende

Digitized by Google

Pünktchen in geringer Zahl; bei schwacher Reaktion sind die Zusammenballungen der Mikrosomen kleiner als bei starker, die tanzenden Pünktchen zahlreicher. Nach einer weiteren Stunde ist das negative Präparat unverändert geblieben, das positive noch deutlicher geworden. Bei der Beobachtung des hängenden Tropfens ist bei negativer Reaktion am Rande nichts zu sehen, nach dem unteren Tropfenpol zu ist das Gesichtsfeld leer oder zeigt kleinste tanzende Pünktchen; bei stark positiver Reaktion am Tropfenrand sternförmige Zusammenballungen, nach dem unteren Tropfenpol zu werden die Konglomerate zahlreicher und größer; schwache positive Reaktionen zeigen am Rande nur ganz kleine Flockenbildung, nach dem Pol zu stehen sie dichter und werden allmählig immer größer, was für positive Reaktion durchaus charakteristisch ist. Auch hier nach weiterer Stunde Verstärkung der positiven Reaktion. Im hängenden Tropfen besteht die Möglichkeit der Spätablesung am folgenden Tage; das Sediment bildet bei positiver Reaktion mit bloßem Auge sichtbaren weißen Punkt in vollkommen schwarz erscheinender Flüssigkeit, während im negativen Falle der Tropfen gleichmäßig grau ist. Die Mikromethode ist der Makroreaktion völlig ebenbürtig. E. Levin-Berlin.

Über vergleichende Untersuchungen zwischen der Meinicke-Trübungsreaktion (MTR), der Sachs-Georgischen Flockungsreaktion (SGR) und der Wassermannschen Reaktion (WR), von H. Martin, Derm. Univ.-Kl. Frankfurt a. M. (D. m. W., 1924, Nr. 45, S. 1536) Von 500 Seren reagierten mit den in der Überschrift genannten Reaktionen 77 Fälle übereinstimmend positiv und 287 Fälle übereinstimmend negativ; insgesamt 72,8% übereinstimmende Resultate der Gesamtzahl. Verschieden reagierten 136 Fälle, und zwar:

MTR positiv, WR und SGR negativ 76 Fälle,
MTR negativ, WR und SGR positiv 35 Fälle,
WR positiv, MTR und SGR negativ 11 Fälle,
SGR negativ, MTR und WR positiv 8 Fälle.

Außerdem fiel die MTR in 6 Fällen unspezifisch aus. Die MTR zeichnet sich durch ihre größere Reaktionsbreite aus. Speziell bei latenten und in Behandlung stehenden Fällen ist sie den anderen Reaktionen überlegen. Andererseits birgt die labile Einstellung des Systems die Möglichkeit der Gefahr des Auftretens unspezifischer Reaktionen in sich, trotzdem durch die zur Extraktverdünnung benutzte hypertonische Kochsalzlösung eine gewisse Stabilisierung des Systems erreicht wird. F. Harry-Wiesbaden.

Über die Brucksche Syphilisreaktion, von M. Isabolonsky und W. Gitowitsch-Bakt. Inst. Smolensk. (Zbl. f. Bakt., 1924, Bd. 93, H. 5, S. 359.) Von 204 nach Bruck und Wassermann untersuchten Sera fielen 112 übereinstimmend negativ und 18 übereinstimmend positiv aus, insgesamt 65%. 28 Sera, die von ungenügend Behandelten stammten, reagierten nach Wassermann positiv und nach Bruck negativ. In 6 Fällen war BR positiv, WR fraglich, in 10 Fällen WR positv und BR fraglich, in 18 Fällen WR negativ, BR fraglich, in 3 Fällen WR fraglich, BR negativ und in 9 Fällen von Tuberkulose, Abszessen und Geschwülsten WR negativ und BR positiv. Außerdem wurden bei 15 von 46 nach Besredka untersuchten tuberkulösen Sera positive Reaktionen nach Bruck beobachtet. Demnach ist die BR nicht genügend spezifisch. Der starke Verbrauch von elektrischer Energie zum Zentrifugieren jeder einzelnen Untersuchung macht die Reaktion auch praktisch zur Serodiagnostik wenig geeignet.
F. Harry-Wiesbaden.

Über die Brucksche Syphilisreaktion (A Bruck féle syphilisreactioról), von K. Rejtö-Szeged. (Orv. Hetilap, 1924, Nr. 46, S. 808.) Verf. stellte Untersuchungen an mit der durch Bruck im Jahre 1923 empfohlenen Ausflockungsreaktion, welche Zentrifuge und Thermostat überflüssig machen, mit dem Serum von 600, teilweise an Lues leidenden, teilweise gesunden Individuen, parallel mit der WR. Er fand die BR mit der WR in 89.2% kongruent. Die BR scheint etwas sensibler zu sein, die Schwierigkeiten des Ablesens sind durch entsprechende Praxis überwindlich, doch entsteht wegen häufiger schwachpositiver Reaktion ein weiter Raum zur objektiven Beurteilung des Resultates, und dies ist ein großer Nachteil der Reaktion. Die BR empfiehlt er als selbständige Syphilisreaktion für die Praxis nicht, höchstens nur als Ergänzung für die mit ihr parallel angewandte WR. K. v. Berde-Szeged.

Vergleichende Untersuchungen mit verschiedenen Serum-Luesreaktionen, von B. Vas-Budapest. (Orv. Hetilap, 1924, Nr. 32.) Auf Antrag der internationalen Gesundheitskommission, wurde durch das Volkswohlfahrts-Ministerium der Verf. als Leiter des Budapester Bakeriologischen Instituts beauftragt, den Vergleich auszuführen.

Digitized by Google

Es wurden 828 Fälle, wo weder in der Anamnese noch auch die klinischen Symptome vorhanden waren und ein Teil dieser vollkommen gesund, ein Teil an verschiedenen Krankheiten erkrankt waren, auf WR, SGR und MTR serologisch zugleich untersucht. Das Resultat ergab: 1. die empfindlichste Reaktion ist die SGR 81,5%, dann folgt die WR 79,6%, zuletzt die MTR. 2. Spezifität zeigt die WR am meisten, nur mit 0,36% in nicht luetischen Fällen, hingegen gab die SGR 2%, und die MTR in 8,3% in unspezifischen Fällen eine + R. 3. Die unspezifischen Reaktionen konnte man am meisten in vorgeschrittenen Tbc.-Fällen erhalten. Außerdem waren noch Malaria tropica, Ulcus molle, Karzinome, Epididymitis, Nephritis und 5 Hautkranke, die eine + R gaben. Die positive Reaktion blieb am längsten unter der Behandlung beständig bei SGR und bei Lues latens erschien sie auch früher wie die WR. M. Porosz-Budapest.

Die Mastix-Lezithinreaktion und ihre theoretischen Grundlagen, von H. Adler und F. Sinek, I. Med. Kl. Dt. Univ. Prag. (Zschr. f. Hyg. u. Infkrkh., 1924, Bd. 103, H. 1, S. 123—138.) Mitteilung einer Mastix-Lezithinreaktion, über deren Ausführung Genaues im Original nachgelesen werden muß. Ablesung erfolgt in der Regel makroskopisch. Luesseren bewirken eine Ausflockung der Emulsion, normale Seren rufen Aufhellung der Trübung hervor. 665 Seren wurden untersucht. Übereinstimmung mit der WR in 93%. Meist geben Wassermann-positive Luesfälle positive Mastix-Lezithinreaktion, ein negativer Ausfall der Reaktion soll meist gegen aktive Lues sprechen. Wassermann-negative Fälle sind relativ oft mit der neuen Reaktion positiv, darunter fallen manche unspezifische Ergebnisse. — Bei Untersuchung des Verhaltens menschlichen Blutserums genüber dem Mastixkolloid in physiologischer NaCl-Lösung ergibt sich, daß das Serum in starker Konzentration schützt, in schwacher Konzentration jedoch die Emulsion zur Flockung bringt. Lezithin macht die labile Mastixsuspension besonders gegen Elektrolytlösung widerstandsfähig. Beim Luesserum wird die Schutzwirkung des Lezithins durchbrochen. Cholesterinschutz wirkt wie Lezithin. Aktive Seren neigen deutlich zu unspezifischen Ergebnissen, der Inaktivierungsprozeß schränkt den unspezifischen Reaktionsausfall ein. Das fällende Agens bei der Reaktion sei mit der „Wassermannsubstanz" identisch. Der Lipoidgehalt des Serums ist gleichgültig für den Reaktionsausfall.

A. Holländer-Hamburg.

e. Therapie.

Behandlung der primären und sekundären Syphilis (Observations on the Treatment of Primary and Secondary Syphilis, von B. A. Thomas-Philadelphia. Am. J. m. sc., 1924, Bd. 168, Nr. 5, S. 697.) Die vom Verf. durchgeführte Luestherapie deckt sich mit der heute bei uns gebräuchlichen. Die vielen neuen Präparate werden zugunsten von Alt- und Neosalvarsan Ehrlich abgelehnt, wobei Altsalvarsan als das wirksamere bezeichnet wird. Daß sich in der letzten Zeit die „wassermannfesten" Fälle mehren, glaubt Verf. durch Abweichen von der durch Ehrlich angegebenen Vorschrift in Dosierung, Technik usw. und durch Verwendung neuer Präparate bedingt. Als Lösungsmittel für Salvarsan wird unbedingt frischdestilliertes Wasser gefordert. Die Dosierung ist 0,1 pro 30 Pfd. Körpergewicht. Dem Pat. das Resultat seiner Blutuntersuchung mitzuteilen wird strikte abgelehnt. Als Prophylaxe wird angegeben: beim Mann Waschen mit Wasser und Seife, dann 33%ige Kalomelsalbe, auch in die Urethra, bei der Frau wegen der Schwierigkeit der Salbenapplikation 3 Neosalvarsaninjektionen. Seronegative Lues I behandelt Th. nur mit Salvarsan und gibt auch bei seropositiver Lues I wie bei Lues II die ersten Kuren als reine Salvarsankuren. Hg benutzt er meist erst nach den beiden ersten Kuren. Von den neuen Mitteln werden nur die unlöslichen Wismutsalze als dem Hg gleichwertig, doch mit geringerer Toxizität anerkannt.

F. M. Peter-Hamburg.

Eine Reinfectio syphilitica nach Linsers Abortivbehandlung, von L. Sirota-Schitomir, Ukraine. (D. m. W., 1924, Nr. 46, S. 1585.) Pat. wies an der hinteren Penisfläche einen typischen Primäraffekt auf und erhielt 8 Injektionen nach Linser, insgesamt 3,45 g Neosalvarsan + 0,08 g Sublimat. 15 Monate später wurde bei ihm auf der vorderen Penisfläche im Sulcus coronarius wiederum ein typisches Ulcus durum diagnostiziert. F. Harry-Wiesbaden.

Bekämpfung der Nebenwirkungen des Salvarsans und der Linserschen Mischtherapie, von E. Thurzo-Debreczen. (Orv. Hetilap, 1924, Nr. 40.) Die angioneurotischen Erscheinungen lassen sich sehr gut vermeiden durch vorausgeschickte Adrenalin- oder Tangen- (ung. Präparat) Einspritzungen (1 ccm von 1:1000) oder von 1:100, 20—30 Tropfen in Klysmen verabreicht. Nach Mischspritzungen mit Novasurol usw.

Digitized by Google

traten die angioneurotischen Erscheinungen häufiger auf, und es trat fast ausnahmslos die perverse Geruchs- und Geschmacksempfindung ein, schon sofort nach den ersten Tropfen. Intelligente Patienten beschreiben sie dem Äther ähnlich, welche 1—2 Min. anhält. Vom Verf. wird dies aber nicht für ein prämonitorisches Kennzeichen gehalten. Das Afenil wird als Vorbeugungsmittel 24 Stunden vor der Salvarsangabe gegeben (intravenös 10 ccm langsam gespritzt oder in der Mischspritze als Lösungsmittel für Salvarsan). Bei Wiederholungen werden nur 5 ccm gegeben. Bei Nervenluetikern, wo Salvarsan schlecht vertragen wurde, war es hierdurch möglich, die Kur fortzusetzen und zu beendigen. Die Untersuchung des Urins während der Kur soll auch auf Urobilin gemacht werden, denn wenn sie positiv ist, ist das ein Vorzeichen ernster Komplikationen. In einem Falle, wo die Probe positiv wurde (Ehrlich-Methode), folgte in 2 Tagen eine Dermatitis. Nach Thyosulfatinjektionen (intravenös zu 0,30 und 0,45) ging die Dermatitis in 10 Tagen gänzlich zurück. Mit vorbeugenden Aphenilinjektionen lassen sich die Nebenwirkungen sicher vermeiden. M. Porosz-Budapest.

Tierexperimentelle Untersuchungen über die Beeinflussung der Nierenfunktion durch intravenös einverleibtes Sublimat und Neosalvarsan, von E. Schmidt, Univ.-Hautkl. Tübingen. (D. m. W., 1924, Nr. 44. S. 1512.) Bei den mit Sublimat vergifteten Tieren trat auf Diuresereiz mit 5%iger Kochsalz- und Koffeinlösung eine Beschleunigung des Blutstromes in den Nieren auf. Sie ging um so rascher zurück, je geringer die Zunahme der Durchströmungsgröße war. Die mit toxischen Dosen von Neosalvarsan behandelten Tiere zeigten frühzeitige Schädigung der Gefäße, die sich in Herabsetzung der Kontraktionsfähigkeit und Verminderung der Dilatationsfähigkeit der Nierengefäße mit schnellem Aufhören der Harnsekretion äußerte. Die Toxizität der Salvarsan-Sublimat-Gemische zeigte sich in frühzeitiger schwerster Gefäßschädigung ohne funktionell oder anatomisch nachweisbare Hg-Schädigung. Die Salvarsankomponente stand durchaus im Vordergrund der Beeinflussung. Die Kombination von Neosalvarsan und Sublimat ruft somit eine bedeutende Entgiftung des Hg hervor. F. Harry-Wiesbaden.

Behandlung der Arsphenamin-Dermatitis, Quecksilber- und Bleivergiftung. Weitere Beobachtungen (Treatment auf Arsphenamin Dermatitis, Mercurial Poisoning and Lead Intoxication), von Ch. C. Dennie und W. L. McBride-Kansas City. (J. Am. m. Ass., 1924, Bd. 83, Nr. 26, S. 2082.) Natriumthiosulfat neutralisiert nicht nur die im Darmkanal freiliegenden Gifte, sondern macht sie, wenn sie vom Körper aufgenommen und fest durch ein Protein-Radikal gebunden sind, löslich und ausscheidbar. Wurden diese Metallgifte intravenös oder intramuskulär gegeben, so wird das Natriumthiosulfat intravenös in steigender Dosis von 0,3, 0,45—1,8 g auf 20 ccm destillierten Wassers — 4 Tage lang jeden, dann jeden zweiten Tag solange als sich die Notwendigkeit der Kur ergibt — einverleibt. War das metallische Gift per os eingenommen, so wird eine Magenspülung mit 30 g Natriumthiosulfat auf 500 ccm Wasser gemacht, dann ebensoviel letzteren Mittels innerlich gegeben und weiter in derselben Weise wie oben verfahren. Wenn Sublimat in die Scheide gebracht wurde, sollten 5%ige Natriumthiosulfatspülungen gemacht und dann mit 1%igem Natriumthiosulfat getränkte Tampons eingelegt werden. Mit diesem Gegengift zur Hand erklären es Verff. für möglich, die Höchstmenge Quecksilber (oder Wismut) bei der Syphilisbehandlung zu verabreichen. Anführung von Beispielen. M. Stern-München.

Die Wirkung von Arsen- und Salvarsanpräparaten auf das vegetative Nervensystem (The Effect on the Involuntary Nervous System of Arsenicals and the Salvarsan Group), von E. F. Müller und C. N. Myers-New York. (Proc. of the Soc. Exp. Biol. and Med., 1924, Bd. 21, S. 474—477.) Ähnlich wie bei intrakutaner Applikation unspezifischer Eiweißkörper tritt nach intravenöser Injektion von Salvarsan ein Leukozytensturz im peripheren Gefäßsystem auf als Folge einer Störung im vegetativen Nervensystem. Die periphere Leukozytenabnahme hat ihre direkte Ursache in einer Erweiterung des viszeralen Gefäßapparates mit gleichzeitiger Zunahme der weißen Blutkörperchen dortselbst. Das Symptom ist besonders ausgesprochen bei Patienten, die auf Salvarsan mit der sog. nitroiden Krise reagieren. Nach Silbersalvarsan sind solche Veränderungen im Blutbild nicht beobachtet worden, was dafür spricht, daß dieses Mittel keine Störungen im vegetativen Nervensystem hervorruft. Versuche an Ratten mit hohen Salvarsandosen ließen bezüglich ihrer Wirkung auf die Leukozytenzahl gegenüber normalen Dosen keine Differenz erkennen. Dagegen rief das Mononatriumsalz des Salvarsans starken Leukozytensturz hervor, in geringerem Grade das Dinatriumsalz. Versuche mit sauren Salvarsanlösungen gaben keine eindeutigen Resultate wegen des frühzeitigen Todes der Tiere, doch ließen sich auch danach starke Leukozytenstürze feststellen. Verff. ver-

Digitized by Google

treten die Auffassung, daß weniger das Mittel selbst als die physikalischen Eigenschaften des gelösten Präparates für diesen Wirkungseffekt verantwortlich zu machen sind, wobei eine gewisse Labilität des vegetativen Nervensystems eine Rolle spielt.

P. Peiser-Berlin.

Ein Beitrag zur Kenntnis der Salvarsandermatitis, von H. Kaiser, II. Derm. Abt. Allg. Krkhs. Wien. (W. m. W., 1924, Nr. 52, S. 2795.) An Hand einer Anzahl von ausführlich behandelten Fällen bespricht Verf. die Genese und Prognose der Salvarsandermatitis, wie sie manchmal nach alleiniger Neosalvarsankur oder bei kombinierter Behandlung auftritt. Der Hg-Komponente ist dabei nur eine geringere Rolle beizumessen, da manche Stigmata, wie z. B. Haarausfall, Verlust der Nägel usw. auf eine Arsenschädigung hinweisen, wie auch der Umstand, daß viele dieser gerade schwersten Dermatitiden nach alleiniger Salvarsananwendung vorkommen. Die Ursache muß eine rein toxische Wirkung des Salvarsans sein. Doch spielt die individuelle Disposition sicherlich eine wichtige Rolle. In einzelnen Fällen kann nach Abheilung der Dermatitis diese durch erneute Darreichung von Salvarsan oder auch durch Hg provoziert werden. Es weisen verschiedene Momente, so unter anderem der noch lange anhaltende Nachweis des Arsens im Urin, darauf hin, daß innerhalb des Salvarsans dem Arsen der Hauptanteil bei Zustandekommen der Dermatitis zukommt. Bezüglich des günstigen Einflusses, den die Dermatitiden auf den weiteren Verlauf der Lues haben sollen, kann Abschließendes noch nicht gesagt werden. E. Langer-Berlin.

Sehstörungen, durch Tryparsamid hervorgerufen (Visual Disturbances Produced by Tryparsamide), von A. C. Woods und J. E. Moore-Baltimore. (J. Am. m. Ass., 1924, Bd. 82, Nr. 26, S. 2105.) Tryparsamid, ein organisches Arsenpräparat, ähnlich wie Atoxyl und Arsacetin, kann sowohl subjektiv wie objektiv nachweisbare Sehstörungen hervorrufen. Unter 241 Personen, die mehr als 3000 Injektionen erhielten, haben 10,2% subjektiv und 5,5% objektive Störungen gezeigt. Bei ersteren ist es gewöhnlich möglich, ohne weitere Schwierigkeit mehr Tryparsamid zu geben, bei letzteren muß man sofort mit der Behandlung aussetzen. 94% aller Reaktionen kamen in der frühen Behandlungszeit, um die 10. Injektion herum, vor. Krankheiten des Nervensystems, speziell allgemeine Paralyse und Tabes, sind bis zu einem gewissen Grade prädisponierende Momente zu Sehstörungen durch Tryparsamid. Vorher bestehende Syphilis des Nervus opticus bildet keine notwendige Kontraindikation gegen die Tryparsamidanwendung. Es ist wahrscheinlich, daß das Tryparsamid in manchen Fällen eine direkt toxische Wirkung auf die Netzhaut oder den Nervus opticus ausubt. Vor dem Beginn einer Tryparsamidkur ophthalmologische Untersuchung. Anwendung des Tryparsamid auf das Notwendigste, nämlich die Behandlung von Trypanosomiasis und Neurosyphilis beschränken.

M. Stern-München.

Über den sogenannten Salvarsanikterus, von Hübner, Städt. Krankenanstalten Elberfeld. (M. Kl., 1925, Nr. 6, S. 195—196). Der größte Teil der Spätikterusfälle hat sich gegenüber der ersten Auffassung als eines toxischen, vielmehr als ein auf zu geringer Salvarsanbehandlung beruhender syphilitischer erwiesen. Ein weiterer Teil ist auf die in der damaligen Zeit der gehäuften Ikterusfälle auf Unterernährung beruhende Schädigung der Leber zurückzuführen, die eine Ikterusbereitschaft und dann bei auslösender Ursache, als welche häufig Syphilis auftrat, Ikterus bewirkte. Als weitere Ursachen kamen mangelhafte Präparate und Salvarsanfälschungen hinzu, auch die Methode der Mischspritzen scheint durch den gleichzeitigen Angriff von Hg und Salvarsan auf die Leber ungünstig eingewirkt zu haben. Diese Momente sind jetzt fortgefallen, damit auch der angebliche Salvarsanikterus; die einzige Gefahr, die jetzt noch besteht, ist die zu geringer, verzettelter, zu kleiner Dosen. E. Levin-Berlin.

Die Chemotherapie von Sulpharsphenamin: I. Toxizität und trypanozide Wirkung (The Chemotherapy of Sulpharsphenamin: I. Toxicity and Trypanocidal Efficiency), von G. W. Raiziss, M. Severac und J. Moetsch, Philadelphia. (J. Am. m. Ass., 1924, Bd. 83, Nr. 22, S. 1734.) Bei Infektion mit Trypanosoma equiperdum wurde zur Sterilisation der geimpften Tiere ungefähr 18 mg pro Kilogramm Tier benötigt, im Gegensatz zu 4 mg bei Arsphenamin und 6 mg bei Neoarsphenamin. Der therapeutische Index des Sulpharsphenamin ist aber bedeutend schlechter als der des Arsphenamin und Neoarsphenamin. Die trypanozide Wirkung ist bei intramuskulärer und intravenöser Injektion dieselbe. F. M. Peter-Hamburg.

Das Stovarsol (Le Stovarsol), von Dj. Yovanovitch. Verlag Imprimerie Polyglotte, Paris 1924. (Klinik Fournier.) Nach einleitender chemischer Studie zur Kon-

Digitized by Google

stitution des Stovarsol erörtert Verf. an zahlreichen Protokollen und Krankengeschichten die Wirkungsbreite des Stovarsols und faßt die Ergebnisse seiner Dissertation ungefähr folgendermaßen zusammen: Das Stovarsol wird unmodifiziert und unabgeschwächt durch den Verdauungstraktus resorbiert und besitzt somit eine Allgemeinwirkung, die sich z. B. bei Tuberkulose häufig in rapidem Verschwinden der Blutarmut und in Kräfte- und Gewichtszunahme äußert. Die antiparasitären und spirilloziden Eigenschaften des Stovarsols sind sehr ausgeprägt, besonders gegen Amöbenruhr und die durch Lamblia (Cercomonas) intestinalis verursachten Enteritiden. In den Ländern mit Amöbenruhr ist das Stovarsol daher als Prophylaktikum zu empfehlen etwa wie Chinin gegen Malaria. Auch bei Framboesie ausgezeichnete Erfolge im Tier- und Menschenexperiment, falls rasch nach erfolgter Inokulation angewandt. Bei der Lues ist die dermotrope heilende Wirkung oberflächlicher Erscheinungen hervorstechend, eine dauernde Einwirkung auf die Seroreaktion bewirkt das Stovarsol indessen nicht. Seine Hauptdomäne bei der Luesbekämpfung ist die prophylaktisch — wenigstens nach den veröffentlichten Krankengeschichten — zweifelsfreie und prompte Wirkung. Etwaige Versager sind hierbei nach Ansicht des Verf. nur durch arsenresistente Spirochätenstämme zu erklären. Zur Dosierungsfrage hebt Verf. eindringlich hervor, daß die Maximaldosis von 1 g nicht überschritten werden darf, und nach 2—3tägiger Verabreichung eine 2—3tägige Pause zur Ausscheidung des Stovarsols einzutreten hat. F. Jacobsohn-Berlin.

Erfahrungen mit dem Stovarsol, von B. Spiethoff, Hautkl. Jena. (M. Kl., 1925, Nr. 6, S. 201.) Die Behandlung mit Stovarsol wurde im allgemeinen als chronisch fortlaufende durchgeführt. 7—14 Kurtage mit 7 Ruhetagen abwechselnd, durchschnittlich 5 Monate lang. Dosis im allgemeinen 4 Tabletten à 0,25 morgens nüchtern. Versuche, die Erfolge durch täglich zweimal 4 Tabletten oder morgens 8 Tabletten zu verbessern, versagten. Rückgang der Erscheinungen und Einfluß auf die WR entsprach ungefähr den Verhältnissen bei der Salvarsankur; Einfluß auf die Spirochäten jedoch wesentlich geringer. Beachtenswert ist schneller Rückgang gewisser Erscheinungen bei Tabes. Das Mittel kann vorläufig noch nicht zur allgemeinen Anwendung empfohlen werden; es kommt in Betracht bei technischer Unmöglichkeit der Salvarsanbehandlung, bei Frauen, die sich in Gefahr befinden, von ihren Männern infiziert zu sein, als Prophylaktikum, in Fällen, in denen schwere Erscheinungen von Überempfindlichkeit sonst nicht zu vermeiden sind oder besonders milde Behandlung am Platze ist (durch Herabsetzung der Stovarsolgaben). E. Levin-Berlin.

Spirozidexantheme, von E. Kromayer-Berlin. (D. m. W., 1925, Nr. 3, S. 112.) Fall 1. Patientin mit frischer unbehandelter Lues II (makulopapulöses Exanthem am ganzen Körper, nässende Papeln am Genitale und After) erhielt jeden 2. Tag 4 × 0.25 g Spirozid. Am 3. Tage blaßte das Exanthem ab, am 5. Tage waren die Papeln abgeflacht, die nässenden Papeln abgeheilt. Am 9. Tage nach Beginn der Kur klagte Pat. über Übelkeitsgefühl, ziehende Schmerzen im Unterleib und Schmerzen in den Nackendrüsen. Temperatur 39.8° morgens, 40° abends. Tags darauf zeigte sich am ganzen Körper und an den Extremitäten einschließlich Gesicht ein kleinfleckiges, sehr dichtes Exanthem mit zahlreichen Hämorrhagien, das nach 2 Tagen unter Hinterlassung von Pigmentflecken wieder abheilte. — Fall 2. Ebenfalls unbehandelte frische Lues II mit Angina spezif., ulzerierten Papeln am Genitale. Nach Einnahme von 1 g Spirozid waren die Papeln überhäutet, nach 3 g die Angina abgeheilt. Am 11. Tage nach 5.5 g Spirozid entwickelte sich unter Temperatur und Übelkeitsgefühl ein über den ganzen Körper ausgebreitetes kleinfleckiges Exanthem, das am nächsten Tage konfluierte und einem Scharlachexanthem ähnelte. Darauf allmählicher Rückgang des Exanthems in den folgenden 2 Tagen. 2 Tage später erneutes Aufflackern der Temperatur und des Exanthems und dann allmähliches Abklingen. F. Harry-Wiesbaden.

Nachdruck (auch des Abschnittes „Tagesg. Nachr.") ist ohne Genehmigung des Verlegers nicht erlaubt.

Verantwortlich für die Redaktion: für Originalabhandlungen und T. N.: Prof. Dr. J. H. Rille, Leipzig. Für den Referatenteil: Dr. M. Unna, Hamburg-Bergedorf.

Digitized by Google

Dermatologische Wochenschrift

Nr. 25 (Bd. 80) 20. Juni 1925

Aus der Klinik für Haut- und Geschlechtskrankheiten der kgl. ung. Stefan-Tisza-Universität in Debreczen.

Die in Ungarn vorkommenden pathogenen Pilze auf der Haut und ihren Anhängen. Eine neue Trichophytieart (Trichophyton fuscum sulcatum).

Von

Prof. Eduard Neuber.

Mit 3 Abbildungen im Text.

Meine Untersuchungen sind in zwei Gruppen einzuteilen: das Pilzmaterial der Budapester Hautklinik (Vorstand: Prof. L. Nékám) diente mir zu Versuchszwecken von Herbst 1918 bis Ende 1921; das Material der Debreczener Hautklinik von Anfang 1922 bis heute.

In Budapest züchtete ich während der drei Jahre in 1200 Fällen pathogene Hyphomyzeten (der Statistik reihte ich nur die Fälle mit positiver Kultur ein), dagegen konnte ich in Debreczen binnen $2^1/_2$ Jahren meine Statistik bloß mit 39 Fällen bereichern. Als ich im Winter 1921 die Führung der neu errichteten Hautklinik in Debreczen übernahm, war ich bestrebt, die Budapester Statistik auf breitere Grundlagen aufzubauen; ferner erhoffte ich eine Antwort darauf, wie sich das klimatisch grundverschiedene Flachland gegen pathogene Hyphomyzeten verhält, ob da quantitative und qualitative Unterschiede bestehen. In quantitativer Hinsicht konnte ich beträchtliche Unterschiede feststellen; während der $2^1/_2$ Jahre meldeten sich in Debreczen kaum einige Pilzfälle, auch deren überwiegender Teil (Favus) wurde von weit entlegengren Gebieten eingeschleppt. Das Flachland erscheint somit für Ansiedlung und Verbreitung der Pilzerkrankungen zweifellos für ungeeignet. Qualitative Unterschiede bestehen nicht. In Ungarn waren zwar auch vor 1914 durch pathogene Hyphomyzeten verursachte Pilzerkrankungen bekannt, den heutigen gegenüber waren sie aber qualitativ und quantitativ ausgesprochen verschieden. Im Frieden litt 1,5 % unseres Krankenmaterials an Pilzerkrankungen, während des Krieges, besonders aber vom Herbst 1916 bis Mitte 1920, vervielfachte sich diese Verhältniszahl; die Kulmination wurde allerdings in der zweiten Hälfte 1919 erreicht. Interessant ist es, welche große Rolle in diesen Jahren bei der Verbreitung der Pilzerkrankungen die Rasierstube spielte und wie sich das Verhältnis zwischen Kindern und Erwachsenen zu ungunsten der letzteren verschob. Auch auf die Verhältnisse zwischen animaler (ektothrix) Trichophytie und humaner (endothrix) war der Weltkrieg von Einfluß.

Digitized by Google

Noch viel auffallender ist das Verhalten der Mikrosporie zufolge der Kriegsumstände. Sabouraud, dem gründlichsten Kenner hyphomyzetischer Pilzerkrankungen, gelang schon zu Beginn des Jahrhunderts, die einzelnen Hyphomyzetenarten voneinander zu trennen; er machte darauf aufmerksam, daß dieselbe Art nach Ländern bzw. geographischer Lage sich sehr verschieden verhalten kann. Diese Abweichung kommt besonders im klinischen Bilde zum Ausdruck. Noch Jahre vor dem Kriege verwies er auf die Tatsache, daß die Mikrosporie z. B. in einigen Ländern massenhaft, in anderen wiederum überhaupt nicht vorkomme. Er meint, die animale Mikrosporie komme in allen Ländern vor, und ein jedes Land habe seine spezielle animale Mikrosporie. Anders steht es mit der humanen Mikrosporie (Mikrosporon Audouini). Diese war im Frieden nur in gewissen geographischen Lagen anzutreffen: westlich vom Rhein sehr häufg, östlich von ihm spärlich. Frankreich, Niederlande, England und Belgien waren eigentlich ihre Heimat; in Spanien und Italien kam sie ab und zu, in Österreich (Krzysztalowicz) und Ungarn (Nékam) aber nie, oder vor Kriegsausbruch sehr selten vor. Die Kriegsjahre hatten dieses Bild ganz verändert. In allen Ländern traten Mikrosporiepandemien auf. Die Mikrosporie machte 1919 an unserer Klinik ein Fünftel der sämtlichen Hautkrankheiten aus. Sabouraud betont in seiner 1910 erschienenen klassischen Arbeit, daß die Mikrosporie fast ausnahmslos an der behaarten Kopfhaut der Kinder anzutreffen ist. Wenn die Pilze in die Epidermisschichten der unbehaarten Haut gelangen, so ist ihnen nur eine kurze Lebensdauer bemessen, sie gehen rasch zugrunde. Er glaubt ferner, daß Individuen über 15—16 Jahre zu Mikrosporieinfektionen überhaupt nicht disponiert seien. In ganz vereinzelten Fällen fand er auch an der unbehaarten Haut Erscheinungen in annulärer usw. Anordnung, die zwar den an der unbehaarten Haut vorkommenden trichophytären Erscheinungen sehr ähnlich schienen, jedoch sehr trocken waren; Bläschen sah er nie, höchstens geringe Schuppung. Über gleiche Beobachtungen berichteten auch andere Verfasser aus verschiedenen Ländern; dasselbe konnten wir in Ungarn derzeit an unseren äußerst seltenen Mikrosporiefällen auch beobachten.

Schon während des Krieges, besonders aber nachher veränderten sich die eben dargestellten Verhältnisse beträchtlich. In Deutschland und Österreich wurden in den letzten Jahren ähnliche Befunde verzeichnet. Man konnte sich nämlich leicht überzeugen, daß die Trichophytie und Mikrosporie klinisch voneinander bei weitem nicht so leicht zu differenzieren wären, wie das vor dem Kriege erschienene Lehrbücher und Arbeiten angeben; meines Erachtens ist zur Differenzierung in solchen Fällen das Kulturverfahren von großer Bedeutung. Die Mikrosporie kann an der Haut sehr oft dasselbe Bild darbieten wie die humane Trichophytie. Auch die Mikrosporie kann in regelmäßigen Kreisen angeordnete Bläschen, Pusteln verursachen, ja gar nicht so selten auf hyperämischer Basis. Eine Mikrosporie mit starken Entzündungserscheinungen (Kerion) wurde besonders dann beobachtet, wenn der Kranke sie in der Schule, Instituten oder anderen Massenunterkünften acquierierte, wo eine starke Endemie herrscht. Dieser Umstand läßt sich nur so erklären, daß der Krankheitserreger binnen sehr kurzer Zeit seinen Wirt öfters wechselte und dadurch stark sensibilisiert wurde.

Digitized by Google

Bezüglich der Diagnose sind die Verhältnisse auf der behaarten Kopfhaut noch viel schwieriger geworden. Zwar sehen wir nach dem Kriege bei der Mikrosporie auch oft den Sabouraud-Typ; oft sahen wir aber ein ganz verschiedenes Bild, das klinisch in allem einer Trichophytieerkrankung gleich kam.

Während $5^1/_2$ Jahren habe ich insgesamt aus 1239 Hyphomyzetenerkrankungen die Pilze gezüchtet, und zwar aus der Epidermis, den Haaren, Nägeln, Schuppen und dem Eiter. Die beigeschlossene, die in Ungarn einheimischen Hyphomyzetenarten darstellende Tabelle zeigt ferner: 1. in welchem Verhältnis die einzelnen Arten vorkommen, 2. wie sie zwischen Kindern und Erwachsenen verteilt sind, 3. welche Arten zur Kerionbildung führen, 4. von welchem Einfluß auf die Statistik die Rasierstuben und das Massenrasieren seien.

Welche Schlüsse können aus der Tabelle gezogen werden?

Im Frieden war bei uns bekannt, daß von den pathogenen Hyphomyzeten vor allem Kinder und die heranwachsende Jugend befallen werden. Das klinische Krankenmaterial zeigte 1915 noch ganz dieses Verhalten; von 1916, besonders aber 1917 verschob sich diese Verhältniszahl gewaltig. Laut meiner Statistik meldeten sich 699 Erwachsene und 540 Kinder, also 56,4 % bzw. 43,6 %. Aus dieser Vergleichung erhellt sich auch, daß nicht sämtliche Trichophytiearten sich in gleichem Maße vermehrten, sondern vorzüglicherweise das Trychophyton cerebriforme und crateriforme mächtig zunahmen. Beide sind von humanem Typ; das Tr. cerebriforme war auch im Frieden der typische Erreger von Barttrichophytien. Auffallend war es, daß das Tr. crateriforme und cerebriforme nach dem Kriege an Erwachsenen gefunden werden konnten, obwohl wir nach Sabouraud, Bodin und anderen deutschen Autoren wissen, daß das Tr. crateriforme im Frieden fast ausschließlich an der kindlichen behaarten Kopfhaut als Tr. capillitii saß, nur viel seltener auf der Haut. Sabouraud sah in Frankreich Kerionbildungen von Tr. crateriforme sowohl an Erwachsenen wie an Kindern nie. Es wäre außerordentlich interessant, zu erfahren, ob das Tr. crateriforme in den letzten Jahren auch in Frankreich seine Eigenschaft änderte und ob es auch dort eitrige, geschwulstartige Bildungen hervorrufe. Ich halte es für sehr wahrscheinlich, daß das Tr. crateriforme auch dort ein verändertes Verhalten zeigt, denn mich lehrten meine Erfahrungen, daß im Laufe von größeren Pilzepidemien eine jede spätere Erkrankung von stärkerer Reaktion begleitet wird, und es ist nur sehr wahrscheinlich, daß die Verhältniszahl des Tr. crateriforme auch in Paris mächtig anstieg, mit ihr aber Hand in Hand auch die Reaktionserscheinungen.

Dies wird am besten von meinen Mikrosporie- und Trichophytonviolaceum-Fällen in Schulen bewiesen. Die zuletzt infizierten Kranken reagierten nicht bloß mit Exsudationserscheinungen, sondern mit echtem Kerion, das sonst bei unseren Mikrosporiefällen zur größten Seltenheit gehört. Bei den Ersterkrankten sah ich nur selten Reaktionserscheinungen. Wie mag dieses Verhalten erklärt werden? Ich machte die Erfahrung, daß die Mehrzahl der Hyphomyzeten, wenn sie binnen kurzer Zeit viele Passagen durchmachten, starke Hyperämie, Exsudation auslösen kann. Das bezieht sich haupt-

Digitized by Google

Fälle der Budapester Hautklinik (von September 1918 bis Juli 1921).

		Trichophyton acuminatum	Trichophyton crateriforme	Trichophyton cerebriforme	Trichophyton gypseum asteroides	Trichophyton equinum	Trichophyton roseaceum	Trichophyton violaceum	Trichophyton faviforme	Mikrosporon Audouini	Achorion Schönleini	Achorion gypseum	Achorion Quinckeanum	Epidermo-phyton	Trichophyton fusoum sulcatum	
Kerion-bildung		1	331	213	22	12	12	10	18	12	6	1	2	40	9	689
		0	41	44	4	0	0	82	10	240	78	0	8	4	0	511
		1	372	257	26	12	12	92	28	252	84	1	10	44	4	1200
Rasier-stuben-infektion		0	236	160	10	4	2	0	0	3	0	0	0	0	0	413
		0	2	21	2	0	0	2	0	7	0	0	0	0	0	34
		0	238	181	12	4	2	2	0	10	0	0	0	0	0	447
		0	302	171	4	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	477
		0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
		0	302	171	4	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	477

Fälle der Debreczener Hautklinik (von März 1922 bis Juli 1924).

Kerion-bildung		0	3	6	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	10
		0	0	1	1	0	0	3	0	19	5	0	0	0	0	29
		0	3	7	2	0	0	3	0	19	5	0	0	0	0	39
Rasier-stuben-infektion		0	1	6	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	8
		0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	1
		0	1	6	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	9
		0	2	4	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	7
		0	0	0	0	0	0	2	0	0	0	0	0	0	0	2
		0	2	4	1	0	0	2	0	0	0	0	0	0	0	9

Digitized by Google

sächlich auf die humanen Endothrixarten. Von den animalen Ektothrixarten sieht man keine größeren Endemien entstehen; zwar können diese, vom Tier auf den Menschen übertragen, oft mit sehr mächtiger Entzündung, Eiterbildung einhergehen, sie schaffen aber allem Anscheine nach eine lokale Immunität und können auch spontan abheilen. In meinen Fällen konnte ich feststellen, daß die bei uns vorkommenden Ektothrixarten (Tr. equinum, faviforme, rosaceum, gypseum usw.) über menschliche Passagen durchzugehen nicht besonders fähig sind, sonst müßten wir in einem Agrikulturstaat das Vorherrschen der animalen Trichophytiearten erwarten. Es muß da gleich eine interessante Beobachtung bezüglich der familiären Infektionen erwähnt werden. Wenn ein Familienmitglied mit Tr. crateriforme oder cerebriforme infiziert wurde, so erkrankte auch die ganze Familie oder wenigstens die Mehrzahl der Angehörigen. Dieses Verhalten sah ich bei dem animalen Typ nicht.

Zusammenfassend kann also gesagt werden, daß Hautpilzerkrankungen in der Mehrzahl unter den Erwachsenen vorkommen, sie sind vorwiegend von humanem Typ; in der Anamnese herrscht hauptsächlich die Rasierstubeninfektion vor. Aus 639 Tr. crateriforme- und cerebriforme-Fällen war bei 479 diese die Quelle der Infektion. Es kann also gesagt werden, daß bei uns die Pilzepidemien von mangelhaft desinfizierten Rasiergeräten entstanden, besonders 1919, als die Kontrollorgane den Verordnungen auch eine Geltung zu verschaffen nicht imstande waren.

In Schulen sahen wir bloß zweimal Tr. violaceum-Endemie auf der behaarten Kopfhaut. Der Mikrosporie möchte ich nur ganz kurz gedenken. Dem animalen Typ begegnete ich nicht; es gelang mir nur, das Mikrosporon Audouini zu züchten. Auf das klinische Verhalten wurde bereits hingewiesen.

Unter den 105 Favusfällen fand ich 94 Achorion-Schönleini-, 1 Achorion gypseum-, 10 Achorion-Quinckeanum-Arten. Auffallenderweise züchtete ich sämtliche Achorion-Schönleini-Pilze von der behaarten Kopfhaut; das einzige Gypseum und die 10 Quinckeanum-Fälle von der unbehaarten Haut. Sabouraud hält das letztere für animalen Typ (Mäuse); auch bei uns ließen sich dafür in der Anamnese Anhaltspunkte finden (Kellerwohnungen, Souterrain).

Den zwei letzteren gegenüber bot die Trichophytie manche Interessantheiten; wenn die Trichophytie-Erkrankungen nicht schablonisiert und die klinischen stets auch mit Laboratoriumsuntersuchungen verbunden werden, so erfährt man bald, daß einer jeden Trichophytieart mehr oder weniger spezielle Hauterscheinungen entsprechen. Der Kranke kann gleichsam für einen Nährboden angesehen werden, auf dem gewisse Trichophytiearten eben gewisse Veränderungen hervorrufen. Es ist nur natürlich, daß am Kranken als Nährboden sehr viele Umstände in Betracht gezogen werden müssen, welche bei künstlichen Nährböden wegfallen. Die von einer gewissen Trichophytieart hervorgerufenen Erscheinungen können nach Alter, Geschlecht, Topographie, Jahreszeit, klimatischen Verhältnissen und anderen Umständen verschieden sein. Es kann außerdem eine Mischinfektion, Pyodermie auftreten, so daß das typische Krankheitsbild dadurch verschleiert wird. In deren Anbetracht gelingt es

Digitized by Google

meistens schon von dem klinischen Bilde — wenn auch nicht immer —, auf eine gewisse Trichophytieart zu schließen.

Im folgenden möchte ich kurz das Verhältnis zwischen den Trichophytiearten bzw. Trichophytiegruppen und dem klinischen Bild darzustellen versuchen. Von den Trichophytie-Endothrixarten kommen bei uns Sabourauds Einteilung gemäß eigentlich nur das Tr. crateriforme und violaceum vor. Sabouraud hält das Tr. cerebriforme für endoektothrix. Bei uns erwies es sich in der Mehrzahl der Fälle für rein endothrix; nur in sehr frühen Stadien der Infektion konnte ich es als ektothrix erkennen. Meines Erachtens ist auch das Tr. cerebriforme von Endothrixtyp; das Eindringen der Sporen geschieht aber allmählicher, so daß nach einer gewissen Zeit an jedem Haar ein Endo- und Ektothrixstadium zu beobachten ist.

Von 1239 Fällen fand ich nur ein einziges Tr. acuminatum. Ich züchtete es von der Kopfhaut einer deutschen Erzieherin, die sich noch eine Woche vor ihrem Erscheinen in Berlin aufhielt. Es entsprach in allem Sabourauds-Typ.

Die klinischen Erscheinungen des Tr. crateriforme und cerebriforme gleichen einander im großen und ganzen; nur entwickeln sich die Erscheinungen bei Tr. cerebriforme viel rascher, es bilden sich neue Erscheinungen sozusagen vor den Augen. Das cerebriforme zeigt auch auf künstlichem Nährboden ein viel schnelleres Wachstum. Das Krankheitsbild des Tr. crateriforme und cerebriforme ist klinisch leicht erkennbar. Sie kommen fast ausschließlich im Bart und auf der behaarten Kopfhaut vor. Das Virus haftet zuerst an der Haut, bildet dort zirzinär angeordnete Bläschen, welche eintrocknen; das Ganze gleicht oft einem banalen, impetiginösen Prozeß. Charakteristisch dafür ist, daß es sehr lange unverändert bleibt; der Bläschenkranz verschwindet nicht auf einmal, Teile des Kreises sind noch lange sichtbar. Wenn der Krankheitserreger auch auf Kopf- und Barthaare übergreift, so brechen die erkrankten Haare sehr bald und geben einer kleineren oder größeren kahlen Stelle Platz, welche von Krusten und Borkenmassen überlagert wird. Der Prozeß macht da keinen Halt; es folgt vielmehr ein für die Tr.-crateriforme- und cerebriforme-Infektion absolut charakteristischer Symptomenkomplex. Den erkrankten Haarwurzeln entsprechend sind nämlich in der Kutis stecknadelkopf- bis bohnengroße Infiltrate zu tasten, welche später in kleine Abszesse übergehen. Bei einer anderen Trichophytieart ist dieses Bild sehr selten zu finden. Das beschriebene Krankheitsbild ist also kaum mit von anderer Trichophytieart hervorgerufenen Erscheinungen zu verwechseln; man muß vielmehr darauf achten, daß es von der durch Staphylo- und Streptokokken hervorgerufenen Folliculitis suppurativa differenziert werden soll. In zweifelhaften Fällen kann nur die mikroskopische Untersuchung des erkrankten Haares entscheiden. Auch bei anderen Trichophytiearten sind gelegentlich follikuläre und perifollikuläre Infiltrate zu beobachten; diese fließen aber sehr bald zu neoplasmaartigen Massen zusammen und bilden somit das Kerion Celsi. Auch bei Tr. crateriforme und cerebriforme entsteht früher oder später Kerionbildung, bei ihnen sind aber in jedem Falle um den Kerion herum verstreute follikuläre Infiltrate anzutreffen. Auch aus therapeutischer

Digitized by Google

Hinsicht ist für diese beiden Arten charakteristisch, daß sie der Therapie hartnäckig widerstehen und schnell rezidivieren. Salben-, Immun-, „nicht spezifische" Behandlungen reichen meistens nicht aus; diese Fälle erfordern unbedingt Röntgenbestrahlung.

Das Tr. violaceum kam in 7,6% vor, hauptsächlich an Kindern. War schon im Frieden der geographischen Lage nach der Erreger der verschiedensten Krankheitsbilder. Nach SABOURAUD machte es in Paris 15% der Endothrixe aus. Viel häufiger war sein Vorkommen in Italien, Spanien, Rumänien. So konnte MIBELLI in Parma von den Pilzerkrankungen fast immer nur Violaceum züchten, und zwar in verschiedenstem Alter, Lokalisation und mit den mannigfaltigsten klinischen Erscheinungen. NICOLAU fand in Rumänien zu 100% das Tr. violaceum.

An Kindern sah ich diesen Typ nur auf der behaarten Kopfhaut; es kam zwar auch auf einigen Erwachsenen vor, diese waren aber meist Angehörige der erkrankten Kinder. Meine Violaceumfälle entstammen ausnahmslos Schulendemien. Die durch Tr. violaceum entstandenen Plaques auf der behaarten Kopfhaut sind dadurch charakterisiert, daß gewöhnlich zahlreiche kleine Plaques einen mächtigeren umringen. Diese sind fast vollkommen haarlos, nur stellenweise sind in Hautniveauhöhe abgebrochene Haare zu sehen, welche an Komedonen erinnern. Je weiter die kleinen Plaques vom Mutterplaque entfernt liegen, um so kleiner sind sie, so daß die am entferntesten liegenden Plaques höchstens von 4—5 abgebrochenen Haaren gebildet werden. Bei der allgemeinen Erörterung erwähnte ich schon, daß bei Tr.-violaceum-Endemien die später erkrankten Fälle mit ausgesprochener Gewebsreaktion einhergehen. So sah ich auf der behaarten Kopfhaut eitrige Follikulitis, sogar Kerionbildung. Das Violaceumhaar erwies sich unterm Mikroskop für typisch endothrix. Die Violaceumkultur entsprach in allem dem SABOURAUDschem Violaceumtyp. In einzelnen Kulturen konnten wir aber interessante Erscheinungen beobachten. Die bläulich-violette Kultur enthielt aus uns völlig unbekannten Gründen weiße Flecke, ja es können sich in der Kultur ganz weiße Sektoren ausbilden. Diese färberische Abweichung kann schon in der ersten Kultur erscheinen. Es ereignete sich oft, daß eine weiße Violaceumkultur nach Überimpfung neuerlich violette Kultur ergab. Manchmal erhielten wir in demselben Röhrchen von der einen Urimpfung weiße, von der anderen violette Kultur. Dieses Phänomen zeigte sich in ungefähr 20% unserer Fälle.

Eine Überimpfung auf Meerschweinchen versagte in jedem Falle.

Auf der behaarten Kopfhaut kann es ohne Behandlung sehr lange, Jahre hindurch bestehen; ist nur durch Epilation und energische Behandlung (Röntgen) zu heilen.

Von den Endothrix-Satelliten SABOURAUDS (Tr. pilosum, glabrum, effractum, fumatum, umbilicatum) fanden wir keinen einzigen.

Außer den bereits bekannten Trichophytie-Endothrixarten begegnete ich einer bisher ganz unbekannten Art. Von dieser konnte ich insgesamt neun Fälle züchten. Alle fand ich im Barte junger Männer — ausnahmslos Hauptstädter —, die kaum mit Tieren in Verkehr zu kommen Gelegenheit hatten. Alle zeigten oberflächliche Formen der Trichophytie, wenngleich in vier Fällen der Prozeß schon seit mehreren

Digitized by Google

Monaten bestand. Auf der Barthaut zeigen sich mehrere, gewöhnlich 4—8 Plaques; die Haare fehlen meist, nur ab und zu fand ich auf diesen erkrankten Gebieten vollkommen gesunde, normal lange Haare. Die abgebrochenen, kranken Haare sind in der Follikelöffnung spiralartig gewunden: aus gewisser Entfernung können sie mit Komedonen verwechselt werden. Diese Haare lassen sich mit der Pinzette nur schwerlich ausreißen. Neben den erwähnten langen Haaren sind noch 2—4 mm oberhalb des Hautniveaus abgebrochene, von den vorigen auch in der Farbe abweichende, und zwar meist grau oder weiß verfärbte Haare anzutreffen; diese sind auch nicht gerade gewachsen, mehr oder weniger krumm. Ihr distales Ende ist oft auf die Hautoberfläche zurückgebogen.

An den erkrankten Stellen ist die Hautoberfläche selten glatt, vielmehr uneben; wenn auch der Prozeß nicht mit stärkeren Reaktionserscheinungen verbunden ist, so sahen wir doch meistens Exsudationserscheinungen, welche zur Krusten- und Borkenbildung führen. Diese haften der Haut meist stark an. Unter ihnen kommen kranke, abgebrochene, gekrümmte, also den Tr.-crateriforme-Haaren ganz ähnliche Haare zutage. Vom Tr. crateriforme sind sie leicht zu differenzieren, da man beim Tr. crateriforme im Follikel nie spiralgewundene Haare findet, die der Haut den speziellen Komedocharakter verleihen.

Es ist nur natürlich, daß die von dieser Trichophytieart hervorgerufenen Krankheitsbilder je nach Dauer ihres Bestandes sehr verschieden sein können. Je älter der Prozeß, um so seltener sind gesunde und gebrochene Haare in den Plaques, um so häufiger die kahlen, von Borken und Schuppen bedeckten Stellen und hier und da einzelne gekrümmte Haare in den Follikeln. Größere Plaques sind auch nach längerem Bestande nicht sichtbar; meist sind in chronischen Fällen im Barte 20—30 Plaques von kaum 4—5 mm Durchmesser, die zur Konfluenz keine Neigung zeigen. Die kranken Plaques können sehr lange, Monate hindurch unverändert bleiben. Sabouraud und Bodin beobachteten bei Tr. crateriforme und cerebriforme — den beiden Pariser Endothrixarten — häufig Spontanheilungen, besonders als der Kranke die Pubertät erreichte. In unseren Fällen blieben die kranken Stellen stationär, Spontanheilungen sahen wir nicht. An Kindern begegneten wir diesem Typ nie, alle neun Fälle entstammten vom Barte Erwachsener; im Übergangsalter konnte daher der Prozeß nicht studiert werden. Die Fälle heilten nach üblicher Behandlung mit voller Restitution, nur in einer kleineren Zahl blieben die Haare stellenweise atrophisch.

Das mikroskopische Bild der Barthaare gleicht vollkommen Sabourauds Tr. crateriforme. Die einzelnen Myzelsegmente sind viereckig und reihen sich zu einer bandartigen Bildung. Sind der Längsachse des Haares parallel angeordnet; diesen Typ benannte Sabouraud Mycelium resistens, denn die Myzelsegmente klebten aneinander ziemlich fest, reagierten auf mechanische, chemische Einwirkungen viel weniger als die ovalen oder runden Myzelsegmente, die Sabouraud als Mycelium fragile bezeichnete.

Acht Meerschweinchen wurden mit diesem Typ beimpft, an zweien haftete das Virus; am 8.—10. Tage erschienen Erythem, bald Bläschen, ja sogar Exsudation, auch die schwarzen Haare wurden stellenweise graulich oder weißlichgrau. In den letzteren wurden Myzelfäden in ähnlicher Anordnung angetroffen wie bei den früheren. Der Prozeß ist den 15. Tag am ausgeprägtesten, von da an lassen die Hyperämie und Exsudation nach; in der 4.—5. Woche heilt der Prozeß spontan.

Digitized by Google

Die Kultur dieser Art ist so charakteristisch, von der Kultur übriger Arten so abweichend, daß sie nach einmaliger Betrachtung mit anderen Kulturen nicht verwechselt werden kann. Wächst mit dem Tr. crateriforme gleich schnell. Charakteristisch ist ihr rehbrauner-kaffeebrauner Farbenton, der bei anderen Hyphomyzeten nicht beobachtet werden kann und welcher in der 2.—3. Woche am intensivsten ist. In morphologischer Hinsicht gleicht sie in den ersten 2—3 Wochen dem Tr. crateriforme. Die erste An-

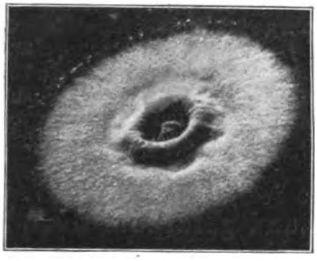


Abb. 1. 13 Tage alte Kultur (Maltoseagar).

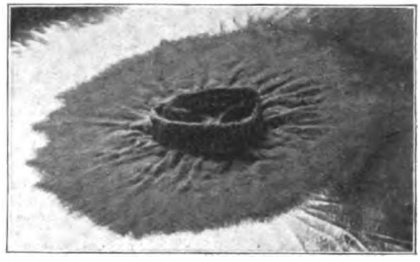


Abb. 2. 21 Tage alte Kultur (Maltoseagar).

lage ist ein kleines, braunes Hügelchen, das immer größer wird; die Ränder heben sich bald wallartig über das Niveau, das Zentrum sinkt dagegen. Man erhält also einen Krater, dessen Wand ziemlich steil, dessen Rand scharf ist; das Ganze zeigt in diesem Stadium die intensivste braune Farbe. Die kraterartige Bildung fängt sich nun um die 3. Woche zu verflachen an, so daß um die 4. Woche die Kultur schon gar nicht an einen Krater erinnert. Von da an sieht man vom Zentrum aus radiär Furchen ver-

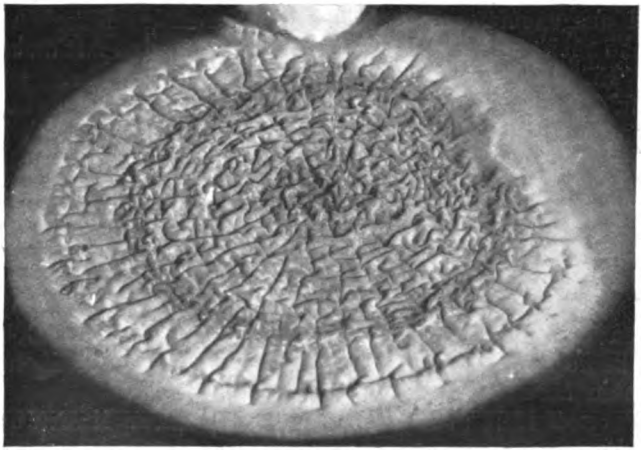


Abb. 3. 38 Tage alte Kultur (Maltoseagar).

laufen, die gewöhnlich bis zum Rande der Kultur zu verfolgen sind; später schließen sich denen spitz- und rechtwinklig verlaufende an, so daß am Ende die ganze Kultur durch Furchen in kleine, verschiedentlich konfigurierte Inselchen geteilt ist. Mit dem Altern der Kultur werden die Furchen immer deutlicher; um die 5. Woche findet man ganz tiefe, auf Kosten der umfangenen Inselchen gebildete Furchen. Nach der 6. Woche bildet sich um die Kultur herum ein mehrere Millimeter breiter, homogener Hof; in diesen dringen die Furchen nicht mehr ein. Auf Glykogen wächst die Kultur ganz gleich, auf Kartoffel zeigt sie ebenfalls kaffeebraune Auflagerungen. Nach der 6. Woche

Digitized by Google

geht gewöhnlich die Kultur in Pleomorphie über. Vom ersten Tage ihrer Entstehung an zeigt die Kultur übrigens nie vollkommen glatte oder samtartige Oberfläche, erweckt vielmehr den Eindruck, als ob das Ganze sehr fein bestaubt wäre.

Die Untersuchungen der Fruktifikationsorgane meiner Trichophytieart überzeugte mich von ihrem Endothrixcharakter. In der feuchten Kammer (Maltosebouillon) sieht man nach 7—8 Tagen vom Zentrum aus in radiärer Richtung herauswachsende, sehr dünne, schlanke Fäden; unmittelbar an diesen oder aber an den von diesen rechtwinklig herausgewachsenen Ästchen sitzen die Sporen. Die Sporen können auf die Ästchen lateral oder terminal gelagert sein, sie sind so ziemlich gleich groß; diese Eigenschaft unterscheidet sie vom Tr. crateriforme und violaceum. Chlamydosporen sah ich nur sehr selten, nur in alten Kulturen, worin auch sonst sich mehrere „formes de souffrance" zeigten. Von diesen letzteren erwähne ich die terminale, kolbenartige Auftreibung der Ästchen und die Protoplasmaresorption, die besonders an gefärbten Präparaten sichtbar ist. Die beschriebene Art gleicht also in allem dem mykologischen Bilde des Tr. acuminatum Sabourauds.

Diese Hyphomyzetenart benannte ich Tr. fuscum sulcatum mit Rücksicht auf ihre braune Farbe und gefurchte Gestalt.

Von der kleinsporigen Trichophyton-Ektothrixgruppe konnte ich nur das Tr. gypseum asteroides in 27 Fällen züchten. Sämtliche fand ich an mit Haustieren beschäftigten Landleuten. Sabouraud macht dafür hauptsächlich das Pferd verantwortlich; aus der Anamnese meiner Kranken ergibt sich aber, daß sie mit pilzerkrankten Hunden in Kontakt gewesen waren.

Klinisch ist für diese Gruppe charakteristisch, daß die Erscheinungen sich enorm rasch entwickeln, mit mächtigen Reaktions- und Exsudationserscheinungen. Zwei seiner häufigsten Lokalisationen sind: am Erwachsenen die Hand- und Handgelenkgegend, an Kindern die behaarte Kopfhaut (einen Fall ausgenommen); es bilden sich mächtige Bläschen in Kranzform, welche meist in kürzester Zeit platzen und sich mit dicken Krusten bedecken. Rings umher ist die Haut stark hyperämisch, geschwollen, schmerzhaft. Dies ist eine sehr charakteristische Erscheinung, die ich bei anderen Arten nicht gesehen habe. Der Prozeß beginnt an der behaarten Kopfhaut mit einer follikulären Eiterung. Die vereiterten Follikel vereinigen sich — dem Tr. crateriforme und cerebriforme gegenüber — sehr rasch mit den ebenfalls vereiterten Nachbarfollikeln und bilden eine haselnuß- bis männerfaustgroße Geschwulst, die auf minimalen Druck aus den Follikeln unter großen Schmerzen Eiter entleert. Dies ist in Ungarn die am raschesten wachsende Kerionform, sie vermag auch die größten Dimensionen zu erreichen. Im Zentrum des erkrankten Gebietes sind überhaupt keine Haare zu finden; aus den vereiterten Follikeln fallen die Haare spontan heraus.

Der Prozeß läßt sich mit therapeutischen Maßnahmen sehr gut beeinflussen, besonders mit Vakzinebehandlung; auf Röntgenbehandlung kann verzichtet werden.

In sechs Tr.-gypseum-Fällen war gut ausgeprägter Lichen trichophyticus wahrnehmbar. Sein kulturelles und histologisches Bild entspricht ansonsten vollkommen Sabourauds Beschreibung. Tierimpfungen gelingen sehr leicht.

Von den großsporigen Trichophyton-Ektothrixgruppen begegnete ich in zwölf Fällen dem Tr. rosaceum. In zehn Fällen fand ich es an der unbehaarten Haut, in zweien im Barte, wo es in beiden Fällen zu Kerionbildung führte. Sein klinisches Bild ist durch seine abso-

Digitized by Google

lute Reaktionslosigkeit, Trockenheit charakterisiert; an der haarlosen Haut bildet es große Kreise, die kaum über das Hautniveau erhaben sind. Der Kreis ist selten ganz, gewöhnlich ein Bruchteil des Kreises. Das Tr. rosaceum hat auch im Barte ein typisches Gepräge: die Follikel sind innerhalb der erkrankten Plaques erweitert. In beiden meiner Fälle sah ich in den Follikeln verhornte, sich deutlich über das Hautniveau erhebende Epithelzapfen. Die Haare waren auf der Hautoberfläche meist abgebrochen. Auch hier war der Prozeß durch absolute Trockenheit charakterisiert; Krusten oder Borkenbildung waren nie zu sehen. Das Rosazeum war im Frieden ausschließlich eine Pilzerkrankung des Westens; auch in Deutschland wurde es nur in der zweiten Kriegshälfte beobachtet.

Tierimpfungen (Meerschweinchen, Mäuse) gelangen leicht.

Die follikuläre Form des Tr. rosaceum verhält sich der Therapie gegenüber sehr resistent. Salbenbehandlung, Vakzination ist ungenügend; nur auf Röntgenbestrahlungen genasen diese zwei Fälle.

Ein anderer großsporiger Ektothrixtyp ist das Tr. equinum. Diese Art wurde von Matruchot und Dassonville 1898 entdeckt; sie beschrieben diese klinisch und bakteriologisch so trefflich, daß neuere Untersuchungen ihre Mitteilungen nur bekräftigen können. Ich fand es in zwölf Fällen, in jedem bei landwirtschaftlich beschäftigten Erwachsenen.

Sein klinisches Bild ist sehr charakteristisch. Das Zentrum des erkrankten Herdes zeigt rötliche Verfärbung mit ausgesprochener Schuppung. Dieses wird von einem paar Millimeter breitem weißem Hof umgeben. Die weiße oder grauweiße Farbe des letzteren rührt von der gut ausgeprägten lamellösen Schuppung her. Peripherwärts von dem weißen Hof liegt der deutliche Bläschenkranz. Bei vieren von den zwölf Fällen sahen wir Kerionbildung. Dieselbe gleicht in mancher Beziehung dem beim Tr. gypseum asteroides Beschriebenem mit dem Unterschied, daß die Entwicklung viel langsamer vor sich geht, auch sind die Reaktionserscheinungen viel milder. Auf Vakzintherapie reagiert diese Trichophytieart vortrefflich, heilt sozusagen immer vollkommen, so daß auf Röntgenbestrahlung verzichtet werden kann.

Dieser Gruppe gehört noch das Tr. faviforme an. Sabouraud unterscheidet drei Formen: Tr. ochraceum, album und discoides. In meinen Fällen begegnete ich nur den beiden ersteren. Diese Art fand ich bei 18 Erwachsenen und 10 Kindern, in überwiegender Mehrzahl an Landbewohnern. Sabouraud hält es für das spezielle Trichophyton des Hornviehs; aus der Anamnese meiner Kranken erhielt ich dafür keine sicheren Anhaltspunkte. Sein klinisches Bild weicht von dem vorigen ganz ab. Kerionbildung sah ich nie, es kam ausschließlich an der unbehaarten Haut vor. Die von Tr. faviforme bedingten Erscheinungen zeigen ausgesprochene Tendenz zu einer sehr schnellen Ausbreitung. Schon der erste Plaque erreicht binnen einigen Tagen einen Umfang von mehreren Zentimetern; in der Nachbarschaft entstehen bald zahlreiche kleinere Plaques, die Erkrankung greift rasch um sich. In allen der 28 Fälle fand ich Erscheinungen an der Rumpfhaut. Die Plaques sind, ihrer schnellen Ausbreitung entsprechend hyperämisch; an den Rändern

Digitized by Google

sitzen zahlreiche Bläschen. In neun Fällen bedeckten diese Plaques den ganzen Rumpf. Tierimpfungen versagten.

Beim Epidermophyton inguinale sah ich nur oberflächliche Erscheinungen.

Aus meinen Untersuchungen geht also hervor, daß gewisse Trichophytonarten am Kranken charakteristische Symptomgruppen auslösen können. Wenn man auch nicht in jedem Falle vom klinischen Bild auf eine gewisse Art schließen kann, wird man wenigstens doch die Gruppe bestimmen können, zu welcher die fragliche Art gehört. Aus der allgemeinen Erörterung ergibt sich, daß dieser Satz gewisse Einschränkungen erfährt (geographische Lage, Epi-, Endemien, Alter, Geschlecht, Rasse, sekundäre Infektionen usw.). Meinerseits möchte ich aber dem Umstand eine größere Bedeutung beilegen, daß man nämlich vom klinischen Bilde auf die entsprechende Art oder wenigstens Gruppe schließen könne.

In den meisten Lehrbüchern wird heute noch Stellung genommen gegen die Artverschiedenheit der Trichophytonpilze. Die meisten Autoren sehen im Organismus selbst die Faktoren gelegen, welche die Form und den Verlauf der Pilzerkrankungen beherrschen; von diesem Gesichtswinkel erklären sie die Mannigfaltigkeit der Krankheitsbilder. Meine 1239 Hyphomyzetenfälle beweisen es zweifellos, daß mit großer Übung ein Zusammenhang zwischen der Kultur und dem klinischen Bilde sich finden läßt. Meines Erachtens muß das Individuum als Kultur aufgefaßt werden, und Sabourauds Gesetz hat auch hier vollen Wert, d. h. eine gewisse Art zeigt auf einer gewissen Nährsubstanz unter denselben Bedingungen die gleiche Form, natürlich mit gewissen Einschränkungen (Alter, Geschlecht, Lokalisation usw.).

Man wird ja allerdings a priori energischere Therapie einschlagen bei kerionbildenden Trichophytiearten als bei gutartigeren, z. B. bei Tr. faviforme, da man ja weiß, daß diese oberflächliche Trichophytieart schon auf mildeste Hautdesinfizienten binnen kurzer Zeit abheilt. Gegen mit Reaktionserscheinungen einhergehende kerionbildende Arten (Tr. equinum, gypseum usw.) wird man Vakzintherapie anwenden, gegen die mit Reaktionserscheinungen nicht verbundenen oder hartnäckigen Follikelentzündungen (Tr. cerebriforme, crateriforme, rosaceum, Achorion Schönleini, Mikrosporon Audouini) schon vom Anfange an die Röntgentherapie, denn man muß wissen, daß in diesen Fällen Vakzintherapie gewöhnlich nicht ausreicht.

Es ist zweifellos, daß der praktische Arzt solche Erfahrungen wohl schwerlich sammeln kann; an Fachanstalten und Fachkliniken kann aber diese Selektion leicht durchgeführt und damit auch der Röntgenbetrieb erheblich entlastet werden.

Digitized by Google

Aus der Univ.-Hautklinik Innsbruck (Vorstand: Prof. Dr. L. Merk).

Syphilitische Neuansteckung nach Northovan-Spirocidabortivkur.

Von

Dr. Hans Krösl, I. Assistent.

In dem ersten Bericht über die Versuche mit der kombinierten Northovan-Spirocid-Behandlung bei Lues habe ich die Vermutung ausgesprochen, daß nach Ansicht unserer Klinik die Wahrscheinlichkeit der Heilung primärer, seronegativer Lues gegeben erscheine. Die bisherigen Ergebnisse und Erfolge dieser neuartigen Behandlung haben in jeder Hinsicht die in sie gesetzten Erwartungen erfüllt, auch bei sekundärer und tertiärer Lues. Näheres darüber soll einem späteren Bericht vorbehalten bleiben. Heute ist nur ein Fall zu erwähnen bei dem sich die Abortivbehandlung mit Spirocid-Northovan einwandfrei bewährt hat.

B. J., 23 Jahre alt, kam am 27. August 1924 mit einer Sklerose am Innenblatt des Präputiums und einer akuten Gonorrhoe zur Aufnahme.

Der Aufnahmebefund besagt: Großer, kräftiger Mann, von gutem Ernährungszustand, behaarte Kopfhaut bis auf mäßige Seborrhoe frei. Pupillen gleich weit, reagieren prompt auf Licht und Konvergenz. Innere Organe o. B. Am Innenblatt der Vorhaut links oben findet sich eine erbsengroße Sklerose mit hartem Rand und positivem Spirochätenbefund. Inguinaldrüsen beiderseits geschwollen, links etwas stärker, hart, nicht sehmerzhaft. Aus der Urethra eitriger Ausfluß, Gonokokken positiv. Harn erste Portion trüb, zweite klar. WR negativ, MTR negativ.

Behandlung und Verlauf: Am 28. VIII. bekam der Kranke das erste Gramm Spirocid. Gleichzeitig wurde mit der Gonorrhoetherapie begonnen, die ich in der Folge nicht mehr berühre, zur Zeit seiner Entlassung war auch die Gonorrhoe geheilt.

Am 30. VIII. das zweite Gramm Spirocid; die Sklerose ist reiner und zeigt die Andeutung eines Epithelsaumes; sie bleibt weiter ohne lokale Therapie. Am 1. IX. das erste Northovan. Der Kranke bekam nun weiterhin jeden 2. Tag je 1 g Spirocid und nebenher an einigen spirocidfreien Tagen Northovan in der Gesamtmenge von 5 Northovan = 0,25 Natriumorthovanadinat. Am 4. IX. ist die Sklerose überhäutet, am 12. IX. findet sich an ihrer Stelle noch ein schwach infiltrierter Fleck. Am 16. IX. ist die WR und die MTR negativ, und auch am 2. X., 2 Tage vor der Entlassung sind beide Reaktionen negativ. Am 4. X. wird der Patient von Lues und Gonorrhoe geheilt entlassen.

Am 16. II. 1925 erscheint der Mann wieder an der Klinik und gibt folgendes an: Seit seiner Entlassung aus dem Spital hat er keinerlei Beschwerden verspürt und auch keinerlei Erscheinungen an sich bemerkt. Letzter Koitus vor 4 Wochen. Seit 8 Tagen am Glied ein Geschwür, weshalb er die Klinik aufsucht.

Aufnahmebefund: Am Innenblatt der Vorhaut links oben ist noch die Narbe der seinerzeitigen Sklerose schwach erkennbar. Im Sulcus coronarius rechts findet sich eine typische Hunterssche Sklerose mit reichlich positivem Spirochätenbefund. Die Lymphdrüsen beiderseits stark angeschwollen, nicht schmerzhaft, hart. WR und MTR negativ. Daneben auch wieder eine subakute Anteriorgonorrhoe.

Behandlung und Verlauf: Der Kranke beginnt am Aufnahmetag sofort mit der Spirocid-Northovan-Kur und erhält das erste Gramm Spirocid. Die Gonorrhoetherapie wird mit Zink-Alaun-Einspritzungen begonnen. An den ersten fünf spirocidfreien Tagen wird ihm immer ein Northovan i. v. verabreicht. Am 20. ist die Sklerose schon rein und nicht mehr speckig belegt, am 27. II. ist sie noch etwa erbsengroß offen und noch ziemlich stark infiltriert. Die inguinalen Lymphknoten haben sich etwas verkleinert. Da der Kranke oft an einer Balanitis leidet, wird die Vorhaut durch Zirkumzision am 28. II. beseitigt, die Nähte werden am 6. III. entfernt. Am selben Tage ist auch die

Digitized by Google

Sklerose abgeheilt. 7. III. WR und MTR negativ. Der Kranke nimmt am 19. III. das letzte (15.) Gramm Spirocid, die WR und MTR ist negativ geblieben; Gonokokken seit 2. III. keine mehr nachweisbar, eine vorgenommene Provokation hatte negatives Ergebnis.

Wir haben also in diesem Falle das typische Bild einer neuen Syphilisansteckung vor uns. Erstens hatte der seronegative Kranke bei seiner ersten Aufnahme die Sklerose am Innenblatt der Vorhaut links oben, bei seiner zweiten Aufnahme eine typische Hunterasche Sklerose im Sulcus coronarius rechts. Die Seroreaktionen waren zur Zeit der ersten Aufnahme, während der Behandlung und nach Abschluß derselben negativ und waren es auch zur Zeit seiner neuen Ansteckung. Das Aussehen der Sklerose war ein so typisches, daß eine Verwechslung mit einem Monorezidiv, bei dem ja auch die Seroreaktionen negativ sein können, ausgeschlossen erscheint. Spirochätennachweis wurde beidemal erbracht und auch die Inkubationszeit stimmt für eine neue Luesinfektion, wobei noch außerdem ins Gewicht fällt, daß der Beischlaf, der für die Ansteckung in Betracht kommt, nach Angabe mit demselben Weibe ausgeführt wurde, von dem sich der Kranke die erste Infektion mit Lues und Gonorrhoe holte.

Mithin ist aber weiterhin der Beweis dafür erbracht, daß mit der kombinierten Northovan-Spirocid-Kur eine Abortivheilung der Lues möglich ist.

Referatenteil

redigiert von Dr. Marie Unna, Hamburg-Bergedorf.

Fachzeitschriften.

Acta Dermatologica.

1924, Bd. 4, H. 2.

Beitrag zur Kenntnis der Ligulae bei Katzen und Hunden, von A. Ando, S. Ito und K. Imamura. S. 146. Ando und Ito haben früher festgestellt, daß in der Nähe von Kyoto, wo die Ligulae am häufigsten als menschenpathogene Schmarotzer beobachtet werden, 17% der Frösche mit Bothriozephalus behaftet waren. Neuere Untersuchungen haben gezeigt, daß 20% der Hunde und 26% der Katzen dieser Gegend im Darmkanal die Mutterwürmer der Ligulae beherbergen. Da diese Tiere gern Frösche fressen, wird angenommen, daß sie auf diesem Wege infiziert werden.

Über „Safu", eine symmetrische vitiliginöse Veränderung bei den Bewohnern der Insel Truk in der Südsee, von T. Matsunaga-Truk. S. 154. Symmetrische vitiliginöse Erscheinungen an den Extremitäten, der die Eingeborenen den Namen „Safu" gegeben haben. Dermatologisch bisher noch nicht studiert.

Über den Einfluß der Röntgenbestrahlung auf hämolytisches Komplement, von K. Nishiura, Derm. Univ.-Kl. Kyoto. S. 164. Gesundes Meerschweinchenserum mit normalem, hämolytischem Komplement wurde der Bestrahlung mit verschieden starken Röntgendosen ausgesetzt. Es zeigte sich, daß nur starke Bestrahlung (10 ED) das Komplement geringfügig abschwächt, weder ein Autohämolysin noch eine antikomplementäre Substanz wurden produziert.

Beitrag zum klinischen Studium von Yaws (Contribution to the Clinical Study of Yaws), von S. Takasaki. S. 174. Mitteilung klinischer Einzelheiten von 12 Framboësiefällen an Hand vorzüglicher Abbildungen, die die außerordentliche Polymorphie der Erscheinungen, ähnlich der Syphilis, erweisen. Eine systematische Klassifikation der Krankheit soll folgen.

M. Gumpert-Berlin.

Digitized by Google

Annales des Maladies Vénériennes.

1925, Jahrg. 50, Nr. 2.

Die Abortivbehandlung der Syphilis (L'abortion de la syphilis), von J. Golay, Derm. Kl. Genf. S. 81. Im Gegensatz zu der landläufigen Ansicht, daß entscheidend für den Erfolg einer Abortivkur sei, daß sie noch im seronegativen Stadium eingeleitet würde, mißt Verf. dem Ausfall der WR diese Bedeutung nicht bei. Ihr Positivwerden stellt keinen Markstein dar, wenigstens nicht vom therapeutischen Gesichtspunkt aus. Das Erscheinen der positiven WR steht weder in Beziehung zur Septikämie noch zur allgemeinen Immunisierung der Organe. An der Hand einer ausgedehnten Statistik weist Verf. nach, daß die Aussichten einer Abortivkur zwar um so größer sind, je eher sie eingeleitet wird, daß das Positivwerden der WR aber ohne Einfluß auf die Zahl der Versager ist.

Über die Wirksamkeit der unlöslichen Wismutpräparate in ihrer Beziehung auf die Wassermannsche Reaktion (Etude sur l'action des préparations insolubles de bismuth à l'égard de la réaction de Bordet-Wassermann), von C. Simon. S. 89. Statistische Zusammenstellung eigener Untersuchungsergebnisse und solcher anderer Autoren. In der prähumoralen Periode war am Ende der ersten Behandlungsserie die WR in 98% aller Fälle negativ. Schon viel weniger günstig sind die Ergebnisse in der Primärperiode mit positiver WR. Hier wurde sie nur in 56% negativ, gegenüber 68% der mit Arsenpräparaten behandelten Kranken. Ähnliche Zahlen ergab die Wismutbehandlung in der Sekundärperiode bei deutlichen syphilitischen Erscheinungen: die WR wurde negativ in 63% der untersuchten Fälle. Bei Fällen der Tertiärperiode wurde 56mal ein Negativwerden der Reaktion beobachtet, das ist in 49%. Ein Vorzug der Wismutbehandlung scheint der Bestand der einmal negativ gewordenen Reaktion zu sein. Dieses Vorteils begibt man sich, wenn man statt der unlöslichen Wismutpräparate die löslichen verwendet. Was endlich die arsenoresistenten Fälle anlangt, so wurde ein Negativwerden in etwa der Hälfte der Fälle erreicht, und zwar mit bescheidenen Dosen. Verf. weist noch besonders darauf hin, daß unmittelbar nach einer Wismutserie die WR oft positiv gefunden wird, daß sie dann aber einige Wochen später ohne weitere Behandlung von selbst negativ wird.

Arsendermatitis bei beiden Ehegatten (Erythrodermie arsénicale conjugale), von H. Gougerot. S. 124. Ein 49jähr. Mann und seine 50jähr. Frau, die beide an latenter Lues leiden, bekommen nach Arsen ein ausgedehntes Exanthem. Während die Frau die nachher eingeleitete Wismutkur anstandslos verträgt, bekommt der Mann von der 9. Spritze an 22 Stunden nach jeder Injektion Fieber, Schüttelfrost und allgemeines Unbehagen. Er vertrug also nicht nur das Arsen nicht, sondern wurde im Laufe der Behandlung auch intolerant gegen Wismut. Der 14jähr. Sohn, der auch behandelt wurde, hat Arsen gut vertragen. F. Landauer-Berlin.

The Urologic and Cutaneous Review.

Februar 1925, Bd. 29, Nr. 2.

Klinische Beobachtungen über die Ausscheidung des intralumbal verabfolgten Salvarsans aus der Zerebrospinalflüssigkeit nebst experimentellen Untersuchungen mit Farbstoffen (Clinical Observations of the Elimination from the Cerebro-spinal Fluid of Salvarsan Administered by Intralumbar Injection along with Experiment with Dyes), von W. Schoenfeld-Greifswald. S. 65—70. Bei Salvarsanüberempfindlichkeit wurden Dermatitiden nach intralumbaler Salvarsaneinspritzung beobachtet; aus der Länge des dazwischen liegenden Zeitraumes können Schlüsse auf die Zeit gemacht werden, in der ein Übergang aus der Zerebrospinalflüssigkeit in das Blut stattfindet. In den Lumbalkanal eingespritzte Farbstoffe (Phenolsulfophthalein) wurden von der Spinalflüssigkeit schnell ausgeschieden; Unterschiede bei veränderter oder unveränderter Spinalflüssigkeit der Syphilitiker oder bei Nichtsyphilitikern konnten bisher nicht mit Sicherheit nachgewiesen werden.

Der Einfluß gewohnheitsmäßiger Gifte, besonders des Nikotins, auf die Salvarsanbehandlung (The Influence of Habit-Forming Poisons Particulary of Nico-

Digitized by Google

tine, in Salvarsan Treatment), von A. Huebner-Elberfeld. S. 71—73. Nikotinmißbrauch vor und während der Salvarsanbehandlung beeinträchtigt die Wirkung.

Partielle Skrotektomie (Partial Scrotectomy), von D. L. Borden-Washington, S. 73—75. Die partielle Skrotektomie in Verbindung mit Venenresektion gewährt sichere Befreiung von allen Symptomen der Varikozele, variköse Skrotum, Scrotum pendulum oder Kombinationen dieser Affektionen.

Einige Fragen betreffs Syphilisbehandlung (Some Questions in Regard to the Treatment of Syphilis), von C. Bruhns-Berlin. S. 75—79. Den Vorschlägen, bei zweifelhaften Syphiliserscheinungen mit negativem Spirochätenbefund prophylaktisch spezifisch zu behandeln, steht Verf. ablehnend gegenüber, jedoch hält er eine Behandlung in Fällen, in denen bei Bestehen ansteckender Erscheinungen sicher Verkehr stattgefunden hatte (Ehegatten), prophylaktische Behandlung des Partners für berechtigt, wenn auch in mehreren derartigen Fällen Ausbleiben einer Übertragung festgestellt werden konnte.

Der Wert der Pyelographie in der urologischen Diagnose (Value of Pyelography in Urological Diagnosis), von S. J. Sinkoe-Atlanta, Ga. S. 79—83. Verf. äußert sein Erstaunen darüber, daß er auf einer Studienreise in Europa die Pyelographie noch nicht bei allen Urologen eingeführt gesehen hat. Schilderung des bei ihm üblichen Ganges der Untersuchung des Harntraktes. Diagnostisch wichtige Ergebnisse der Pyelogramme bei Strikturen des Ureters, Hydronephrose, Tumoren, kongenitalen Abnormitäten der Nieren und der Ureteren, Nieren- und Ureterentuberkulose, Steinen, beweglichen und ptotischen Nieren, Pyelitis, Pyelonephritis, Pyonephrose, Zystennieren, Erkrankungen der Blase und der Samenblasen. Als Kontrastmittel wird Jodnatrium benutzt.

Trübungsreaktionen bei Syphilis mit klaren Medien (Clouding Reactions with Clear Media in Syphilis), von C. Stern-Düsseldorf. S. 83—85.

Gesichtspunkte und Aussichten auf Erfolge bei der Behandlung der kongenitalen Syphilis bei Kindern (Points of View and Prospects of Results in the Treatment of Congenital Syphilis in Infants), von C. Cronquist-Malmö. S. 86—89. Empfehlung intermittierender kombinierter Behandlung. Beginn so früh wie möglich, bei rechtzeitig gestellter Diagnose also schon im fötalen Leben und dann mit Pausen von 6—8 Wochen mindestens bis zum Alter von 3 Jahren. Wenn die Mutter vor und besonders während der Schwangerschaft energisch behandelt wurde, längere Zeit keine Symptome und negative WR hatte, kann es fraglich erscheinen, ob das Kind nicht als gesund und Behandlung für überflüssig gelten kann. Die regelmäßige Behandlung scheitert oft daran, daß die Kinder nicht lange genug zu den Wiederholungskuren gebracht werden; das führte zu der Idee der Welander-Heime. Ein rechtzeitig in ein solches gebrachtes Kind kann mit ziemlicher Sicherheit geheilt werden. Die von den Kommunen für derartige Heime aufgewendeten Kosten rentieren sich, da die für eine große Zahl der sonst von den überlebenden syphilitischen Kindern ihnen später erwachsenden Lasten fortfallen.

Syphilis vom sozialen Standpunkt. Historische Studie (Syphilis from the Social Standpoint. A Study From Histories. January, 1917—July 1923), von V. Cox Pedersen-New York. S. 89—97. Statistische Erfahrungen aus drei großen New Yorker Spezialkrankenhäusern.

Wichtige Fragen der Syphilisbehandlung (Questions of Fundamental Importance in Syphilis Therapy), von B. Spiethoff-Jena. S. 97—102. Beschreibung der vom Verf. ausgebildeten prolongierten Behandlungsmethode. E. Levin-Berlin.

Venerologia und Dermatologia.

1925, Nr. 1.

Die Wismutbehandlung der Syphilis mit dem russischen Präparat Bijochinol, von Brytscheff. Das Bijochinol wirkt sehr energisch auf alle sichtbaren Erscheinungen der Syphilis, auf die Syphilis des Nervensystems, hauptsächlich die subjektiven Erscheinungen und den pathologisch veränderten Liquor. Ganz besonders günstig ist aber seine Wirkung bei der tertiären Syphilis. Es wirkt energisch auf die WR im Blut und steht in therapeutischer Hinsicht dem Trepol, Bismogenol und Bismutogwi nicht nach, sondern ist weniger toxisch und vollkommen frei von lokaler Reaktion (Schmerzen und Infiltratbildung). Infolgedessen ist dasselbe besonders angezeigt bei Syphilis der Brustkinder und in Kombination mit Neosalvarsan.

Digitized by Google

Zur Frage der therapeutischen Wirkung des Bijochinol und Bismutogwi auf die Syphilis des zentralen Nervensystems, von Efron und Grshebin. Das Bijochinol und das Bismutogwi (Bismutum bitartaricum) sind von entschiedener Wirkung auf Störungen des zentralen Nervensystems. Bei Vorhandensein tiefgreifender degenerativer Veränderungen erweisen sich diese Präparate, wenn auch weniger wirksam, so doch entschieden nicht absolut unwirksam. In den Fällen aber, wo die entzündlichen Veränderungen vorwiegen, erzielt man durch diese Präparate, in einem großen Teil schon durch eine Kur, gute Resultate. Inwieweit diese Erfolge dauernd sind, läßt sich bei der Kürze der Beobachtungszeit noch nicht sagen. In allen Fällen bessern sich jedenfalls die subjektiven, spezifischen Symptome und der Allgemeinzustand. Liquorveränderungen bessern sich in einem großen Teil der Fälle, kehren sogar oft zur Norm zurück. Die positive WR wird, wenn auch nicht häufig negativ, so doch in jedem Falle abgeschwächt.

Zur Frage des knotenförmigen syphilitischen Erythems als ein Symptom frühzeitiger, maligner Syphilis, von Chasin-Tomsk. In dem beschriebenen Fall erwies sich das Erythema nodosum syphiliticum, welches der dritten Hoffmannschen Gruppe entsprach, auf den Unterschenkeln als ein Zeichen früher, bösartiger Syphilis. Histologisch handelte es sich um spezifische Thrombophlebitis in den subkutanen Blutgefäßen.

Zwei Fälle von syphilitischer Reinfektion nach Abortivbehandlung, von Sachnowskaja und Tschestakow-Leningrad. Die Reinfektion trat im ersten Fall 5 Monate nach einer Abortivkur, welche in 4,5 Neosalvarsan und 0,1 Sublimat bestand, und im zweiten Fall 1 Jahr 8 Monate nach der aus zwei Kuren (erste Kur zu 4,5 Neosalvarsan und 0,11 Sublimat; zweite Kur zu 5,4 Neosalvarsa) bestandenen Präventivbehandlung auf.

Eigenartige Pigmentierung der Haut nach Salvarsan-Wismutbehandlung, von W. Feldmann. Gleich Courcoux und Bauterier beobachtete Verf. Pigmentation der Haut infolge Ablagerung von Bi, nur mit dem Unterschied, daß erstere Autoren dieses Phänomen an den Stellen eines vorhergegangenen Wismuterythems, letzterer bei der in seinem Fall angewandten, kombinierten Neosalvarsan-Bi-Behandlung an den Stellen eines Neosalvarsanerythems beobachtete.

Ein Fall von syphilitischer Reinfektion, von Lipskerow und Minsker. Der 26jähr. Kranke stellte sich am 21. Oktober 1924 im venerologischen Institut in Moskau mit zwei indurierten Erosionen am Präputium, vergrößerten Lymphdrüsen und positiver WR wie positiver SGR vor, nach einem suspekten Koitus im August. Wie es sich erwies, hatte der Kranke im Januar desselben Jahres bereits einen harten Schanker auf der Unterlippe mit allgemeiner Lymphdrüsenschwellung und fleckig-papulösem Ausschlag gehabt, der mit 15 Sublimatspritzen (2%ig) und 2 Neosalvarsaninfusionen (0,45 und 0,6) behandelt worden war.

Zur Frage der frühzeitigen Diagnose der Lepra, von Grshebin. Der Mann einer typisch Leprösen bot nur die Zeichen einer unbedeutenden Atrophie der Haut auf den Ellenbogen und Knien dar, hatte aber außerdem merkwürdig stark vergrößerte Lymphdrüsen. Im Punktat der Drüsen fanden sich typische Leprabazillen.

Wucherungen in der männlichen Harnröhre als Folge chronischer Entzündung des Kanals, von A. Wassiljew. In der Zeit von 1914 bis 1918 konstatierte Verf. bei 158 urethroskopierten Fällen 21mal Wucherungen in der Harnröhre. Zur Behandlung zieht er die Elektrolyse der Auskratzung mit dem Kollmannschen Löffel vor.

Die im Ambulatorium des staatlichen venerologischen Instituts zu Moskau angewandten Methoden der Diagnostik und Therapie des Trippers der Kinder, von A. Johannsen. Die Diagnose wurde, wie üblich, bakteriologisch gestellt und ergab in 100% der betreffenden Fälle Erkrankung der Vulva und Vagina, in 21% der Urethra und in 8% des Mastdarms. Die Behandlung der Vagina geschah unter Anwendung des Vaginoskops mit Lapis, 3% Resorzinlösung und 1% Arg. nucleinic., diejenige der Urethra mittels schwacher Kali-hypermanganic.-Lösungen per Katheter Guyon, diejenige des Mastdarms unter Anwendung eines Nasenspekulums mit Kali-hypermanganic.-Lösung (1:10000) und Pinselung mit ½%iger Lapislösung. Nebenbei ging die Vakzinebehandlung einher. Ausheilung erfolgte in 1½—7 Monaten und mehr.

Die lokale Behandlung der blennorrhoischen Vaginitis im obengenannten Institut, von A. Weselow. Die an der Abteilung von Prof. N. Iwanow geübte Methode

Digitized by Google

legt das Hauptgewicht auf gründliche Reinwischung und Reinspülung der Vagina und unter Anwendung eines bei chronischen Fällen speziell zur Erzielung der Ausdehnung und Ausfüllung mit 120—200 Spülflüssigkeit ersonnenen Apparates. Die darauf mit Lapis erzielten Erfolge sollen sehr befriedigend sein.

Ein Fall von atypischem Verlauf der experimentellen Syphilis beim Kaninchen, von J. Finkelstein. Am 27. März 1922 wurde einem Kaninchen ein kleines Stück Sklerose nach der Methode von Tonaschewski in eine tiefe Skrotaltasche inokuliert. Nach 12 Tagen trat am Ort der Impfung ein Pseudoschanker bei fehlenden Spirochäten auf; am 29. Mai neben diesem ein richtiger Schanker mit mäßiger Anzahl von Spirochaeta pallida im Reizserum. Am 20. Juni entwickelte sich eine Drüse in der rechten Leiste. Am 29. Juli wurde konstatiert: 1. am Ort des Pseudoschanker ein flaches Infiltrat ohne Spirochätennachweis, 2. am Ort des zweiten Ulkus ein flaches Ulkus mit spärlichen Spirochäten im Reizserum und 3. links vom zweiten Schanker ein weiteres, drittes Infiltrat. $2^1/_2$ Wochen später war dieses letzte Infiltrat weiter gewachsen, und wenn auch eine Serumabnahme nicht gelang und somit die Frage nach dem Vorhandensein von Spirochäten offen blieb, spricht der klinische Verlauf auch für dessen syphilitische Natur. Die WR war bei der Impfung schwach positiv, wurde allmählich mittel und zuletzt stark positiv, um allmählich mit der Resorption der Geschwüre zu schwinden, wobei die WR schneller sank als die SGR.

Über die Morphologie des Blutes eines normalen Kaninchens, von Feigin. Hb. 55%, Erythrozyten in 1 cmm = 5500000, Leukozyten in 1 cmm = 7000—8000. Verhältnis der Leukozyten zu den Erythrozyten wie 1:600—700.

Augenblicklicher Stand der Frage der Erbsyphilis und ihrer Prophylaxe, von Heft. Übersichtsreferat.

Über die Arbeit der lokalen Dispansere, von Halperin.

Über die Methode der sanitären Aufklärung (Sanprosweт) bei der Bekämpfung der venerischen Krankheiten, von Barasch.

Halbjährige Arbeit des Smolensker venerologischen Dispansers R. O. K. K., von Krom.

Die Prostitution und ihr Einfluß auf die venerischen Krankheiten, von Batunin. (Aus dem Kasanschen venerologischen Dispanser.)

Über die Arbeit einer Kolonne, entsandt zur Bekämpfung der Syphilis in der Burjato-Mongolischen Republik im Sommer 1924, von Lapyschoff.

Genannte Arbeiten haben mehr örtliches Interesse. A. Jordan-Moskau.

Bücherbesprechungen.

A Practical Treatise on Diseases of the Skin for the Use of Students and Practitioners, von Oliver S. Ormsby. (Verlag von Lea & Feabiger. Philadelphia und New York 1921. Preis $ 10,—.) Die zweite, mit 445 Abbildungen und 4 zum Teil farbigen Tafeln versehene Auflage dieses Lehrbuches ist auf den dem Stande der Wissenschaft zur Zeit ihres Erscheinens entsprechende Höhe gebracht und gegenüber der ersten Auflage um 15 neue Krankheitsbilder vermehrt worden. Die Einteilung der Materie schließt sich an die klassische Hebrasche mit den von Crocker, Duhring und anderen vorgenommenen Änderungen an. Entsprechend seiner Bestimmung für Studierende und Praktiker ist das für das Verständnis und die Behandlung der einzelnen Wissenswerte in kurzer, und, wie hervorgehoben werden muß, prägnanter Weise zusammengefaßt. Besonders ist in therapeutischer Hinsicht, auch im allgemeinen Teile der Fehler vieler Bücher, möglichst viel bringen zu wollen, vermieden, so daß der Lernende nicht das Gefühl der Verwirrung, von dem er sonst leicht befallen wird, haben wird. Die Abbildungen können zum weit überwiegenden Teile als wohlgelungen bezeichnet werden. Wohltuend berührt, daß in Register und Text die deutschen Krankheitsbezeichnungen zu finden sind; einige kleine Schnitzer (z. B. Blätten, Pockern) sollen nicht zu tragisch genommen werden. E. Levin-Berlin.

Neue therapeutische Wege, von K. Stejskal. (Verlag J. Springer, Wien 1924.) Im vorliegenden Buche vereinigt Stejskal mit großem Fleiße eine große Anzahl von Arbeiten aus dem Gebiete der Osmo- und Proteintherapie. Die osmotischen Gesetze

Digitized by Google

werden auf das Blut und andere innere Flüssigkeiten übertragen und die Regulationsvorgänge besprochen. Die Bedeutung des osmotischen Phänomens als Triebkraft wird vor allem darin gesucht, daß die Schwankungen einen besonderen Reiz auf den Organismus ausüben. Durch diese Feststellungen gelingt es, eine therapeutische Verwendung der Osmotherapie zu propagieren und ihre Grenzen festzustellen. Die Gefahrlosigkeit des Eingriffes wird betont, da vor allem nicht höher differenzierte Gewebe für den Ausgleichsvorgang in Betracht kommen und es möglich ist, gegen den Chok zu wirken, Einfluß auf Sekretionsvorgänge zu gewinnen durch geänderte Blut- und Substanzverteilung, medikamentöse Wirkungen zu steigern oder abzuschwächen, in die Resorptionsvorgänge durch Veränderung der Permeabilität einzugreifen. In größerem Ausmaße kommt es nicht zu Veränderungen des Blutes. Im zweiten Teil: „Proteinkörpertherapie", grenzt Verf. dieses Kapitel gegen die Osmotherapie ab und weist vor allem auf den Zeitunterschied der Wirkung beider Therapien hin. Es wird auf die Entwicklung der Proteinkörpertherapie eingegangen. Die Charakteristika werden festgelegt, die Anwendung bei akuten Infektionen und die Wirkung im normalen Organismus besprochen. Die Veränderungen an dem physikalischen Blutzustand in den blutbildenden Organen werden gezeigt, primäre und sekundäre Folgen entwickelt, der Ausscheidungsvorgang als etwas Wesentliches hingestellt, die Wirkung der physikalischen Eigenschaften der Eiweißkörper besprochen und die Herdreaktion zu erklären versucht. Omnizelluläre Wirksamkeit. Das Kapitel „Phasenwirkung der Proteinkörpertherapie" wird gefolgt von je einem Kapitel über orale Reizkörpertherapie und Theorien über die Proteinkörpertherapie. Die Proteinkörpertherapie im pathologischen Organismus, Sensibilisierung und hämoklasische Krise, Kolloidoklasie, Konstitution und vegetatives Nervensystem finden ihre Besprechung; Die Versuche von Gröer, Proteinkörpertherapie in der englischen Medizin, praktische Folgerungen, Besprechung einzelner zur Proteintherapie verwendeter Substanzen und ihre Kombination mit chemo-therapeutischen Maßnahmen, Vergleich zwischen Osmo- und Proteinkörpertherapie beschließen das Buch. Alles in allem: Ein überaus fleißiges Buch, dessen Inhalt aber seinem Titel nicht gerecht wird, denn es ist für den Praktiker unmöglich, sich aus der Unmasse der Zitate, die jede Richtlinie überwuchern, ein einigermaßen klares Bild über den Stand der Frage zu bilden. Nur wer mit der Literatur sehr vertraut ist und deshalb mit der notwendigen Kritik herangeht, wird dieses Buch Stejskals als ein Sammelreferat zu schätzen wissen. Aber gerade wer in der Literatur belesen ist und weiß, welche ungeheuere Fülle von Arbeit schon geleistet ist und welche Zahl von Problemen noch ihrer Lösung harrt, wird verstehen können, daß es kaum möglich ist, ein Bild von dem Stand unserer heutigen Wissenschaft anders zu gestalten, zumal wenn es allen Autoren gerecht werden will. Daß bei dieser Art des ausführlichen Referates, die Verf. bewußt gewählt hat, und bei der er seine eigene Ansicht leider zu sehr in den Hintergrund gestellt hat, auch die Interpretation einer großen Anzahl von Arbeiten leiden muß, ist selbstverständlich. Einige wichtige Kapitel treten stark zurück. (Ich weise z. B. auf die Bedeutung der Haut, des autonomen Systems usw. hin.) Der gründliche Leser des Buches wird ungeheuer viel daraus lernen können, und viele neue Anregungen werden ihn veranlassen, das Buch dauernd zum Nachschlagen zu benutzen. R. Hölscher-Hamburg.

Atlas der Haut- und Geschlechtskrankheiten, von Šamberger und Hübschmann. Heft 5/6, Syphilis. Prag 1925. Die beiden neuen Hefte 5 und 6 des Atlas der Haut- und Geschlechtskrankheiten von Šamberger und Hübschmann übertreffen wenn möglich an Naturgetreue und künstlerischer Vollendung die ersten vier Tuberkulosehefte. In 12 Tafeln behandeln sie das große Kapitel der Syphilis in seinen Haupttypen. Eine Kritik an diesen meisterhaften Abbildungen ist kaum am Platze, sondern nur uneingeschränktes Lob. Derartig vollendete Abbildungen von Primäraffekten makulöser Syphilis, Leukoderm gab es bisher noch nicht, obgleich an künstlerischen Abbildungen von Syphilis sicher kein Mangel besteht. Die Herausgeber haben sich zu einem Text entschlossen, der in 4 Sprachen: tschechisch, französisch, englisch und deutsch erscheint; sie kündigen an, daß sie in jedem Hefte auf 6 Tafeln ein möglichst abgeschlossenes Ganzes geben wollen, daneben sollen aber auch seltenere klinische Typen veröffentlicht werden. Da alle Tafeln lose in Mappen liegen, ist die Möglichkeit vorhanden, die Hefte auch nach anderen Gesichtspunkten zu ordnen. Der deutsche Text enthält leider eine Reihe von störenden Druckfehlern, z. B. immer Pappeln statt Papeln. Zunächst wird die Einteilung der Syphilis und die Systematik besprochen, dann folgt eine kurze klinische Symptomatologie der Haut- und Schleimhautsyphilide. Wir möchten anregen, statt dieses Verfahrens lieber eine ausführliche individuelle Tafelerklärung zu geben, da der Text doch

Digitized by Google

kein Lehrbuch ersetzen kann. Die bisher erschienenen Hefte hinterlassen beim Beschauer Freude über das bisher Vorhandene und Spannung auf das Kommende.

P. Unna jr.-Hamburg.

Der nervöse Mensch, von Marcinowski. (Anthropos-Verlag, Prien 1924.) In diesem Bändchen der Schriftenreihe „Der nervöse Mensch" wird von Marcinowski die sexuelle Aufklärung behandelt. M. ist der Ansicht, daß man die Kinder nicht von sexuellen Problemen künstlich fernhalten soll, was ja doch selten gelingt, sondern sie vielmehr selbst dahin führen soll, um sie dann in nüchterner, kühlklarer Sachlichkeit zu belehren, ohne alle Gefühlsbetonung, wie jede alltägliche Belehrung. Denn nur so vermeidet man die geschlechtliche Neugier, schafft ein Vertrauensverhältnis zwischen Kind und Erzieher und wird dadurch so mancher Perversion, Hemmung oder Verdrängung entgegenarbeiten. Man erreicht damit vielleicht besser das für alle Erziehungsarbeit wünschenswerte Ziel der Triebveredelung an Stelle der bisherigen Triebunterdrückung.

A. de Lemos-Hamburg.

Mitteilungen aus der Literatur.

Syphilis.

e. Therapie.

Antisyphilitische Wirkung des Bismuts (Antisyphilitic Action of Bismuth), von J. G. Hopkins-New York. (J. Am. m. Ass., 1924, Bd. 83, Nr. 26, S. 2087.) Zur experimentellen Untersuchung an Tieren (Kaninchen) wandte H. vier Bismutsalze an: Kalium- und Natrium-Bismuttartrat, Bismutpräzipitat (in feiner Suspension) und eine Bismut-Jod-Chininverbindung; erstere zwei erwiesen sich als die am wenigsten wirksamen, das Präzipitat (unlöslich) als jenes mit dem höchsten therapeutischen Index. Unter den experimentellen Bedingungen geben die Bismutpräparate einen höheren Index als Arsphenamin oder Quecksilbersalze. Klinisch kommt die Wirkung des Bismuts als Antisyphilitikum jener des Arsphenamins gleich und ist eine stärkere als jene des Quecksilbers. Sowohl bei Primär- wie Sekundärsyphilis wie bei Syphilis des Zentralnervensystems schien Bismut eine raschere Wirkung zu haben wie Quecksilber und eine ausgesprochenere wie Arsphenamin. In einer Anzahl von 120 Fällen wurden 1500 Injektionen gegeben, in 10 Fällen trat Stomatitis, in 8 Glutäalabszeß, in einem allgemeines Erythem, in einem Gelbsucht usw. als Nebenerscheinung auf. In einem Falle wurden mehr als 60 Injektionen innerhalb 6 Monate ohne jede Nebenerscheinung gegeben. Im Vergleich zu Arsphenamin und Quecksilber ist Bismut von geringerer Giftigkeit, immerhin aber bei Patienten mit Nierenveränderungen, mit Anämie oder Kolitis mit Vorsicht anzuwenden. Bei der gewöhnlichen antisyphilitischen Kur sollten Bismut und Arsphenamin zusammen angewendet werden.

M. Stern-München.

Zur Dosierungsfrage der Wismutpräparate, von F. Mras und R. Kohane-Wien. (W. kl. W., 1924, Nr. 50, S. 1285.) Um sich zu entscheiden, welchem der vielen in ihrer Heilwirkung ziemlich gleichen Wismutpräparate der Vorzug zu geben sei, haben die Verff. geprüft, wie sich die verschiedenen Präparate in bezug auf Erzeugung einer Bi-Nephrose verhielten. Um diese Frage zu entscheiden, sind die Versuchsreihen zu klein, es zeigte sich aber, daß das Bismogenol in einem Drittel der Fälle überhaupt keine Nierenschädigung hervorrief, dasselbe gilt vom Trepol nur für $^1/_{11}$ der Fälle. Bei den anderen Mitteln war die Zahl der Nephrosen größer. Trotz der kleinen Zahl der Versuchspersonen scheint es sich zu zeigen, daß bei forcierter Dosierung (4—9 ccm pro Woche) sich eine größere Bi-Menge verabreichen läßt, ehe es zur nachweisbaren Nierenschädigung kommt. Das sehr späte Eintreten einer Nephrose bei hohen Wochendosen scheint für langsame Resorption der unlöslichen Bi-Salze zu sprechen. Bei intravenöser Verabreichung, wo der Resorptionsfaktor wegfällt, liegt die Nierenschädigungsdosis auf konstanter Höhe. Aber auch bei der intravenösen Verabreichung zeigt sich eine gewisse Kumulationswirkung; die angeblich zehnmal so hohe Giftigkeit des intravenösen Wismuts wurde nicht bewiesen.

A. de Lemos-Hamburg.

Über die Wirkungsweise des Wismuts bei der Behandlung der Syphilis (Mécanisme d'action du bismuth dans la syphilis), von C. Levaditi, S. Nicolau und J. Salgue und R. Schoen. (Compt. rend. acad. des Sciences, 1924, Bd. 179, Nr. 18, S. 939.) Nur ein sehr geringer Teil des injizierten Wismutpräparates wird resorbiert;

Digitized by Google

einige Milligramme resorbierten metallischen Wismuts auf ein Kilogramm des Versuchstieres genügen zur Erzielung der therapeutischen Wirkung. Trotz der besten Untersuchungsmethoden konnte keine Spur von Wismut in den Primäraffekten gefunden werden. Die Vernichtung der Spirochäten geschieht durch Wismutmengen, die so gering sind, daß sie mit unseren gegenwärtigen Methoden nicht nachgewiesen werden können. Die Spirochäten sterben zwischen dem dritten und vierten Tage ab.

H. Fendt-Wiesbaden.

Über intravenöse Wismutbehandlung der Syphilis, von A. Alker und E. Waldmann, Kathol. Krkhs. Erfurt. (D. m. W., 1924, Nr. 44, S. 1510.) Empfehlung der intravenösen Behandlung der Lues mit Wismut-Diasporal. Besonders geeignet hierfür sind Fälle mit makulo-papulösen Exanthemen, Tonsillarbelägen, mit Affektion der Gelenke und Kreislauferscheinungen. Zu einer Kur sind 10—12 Injektionen von je 2 ccm erforderlich. Kurzer Bericht über 10 behandelte Fälle. F. Harry-Wiesbaden.

Die Wismutsalze in der Behandlung der Syphilis (The Salts of Bismuth in the Treatment of Syphilis), von A. Ravogli-Cincinnati. (Cincinnati J. of Med., Mai 1923.) In einem Vortrag in der Medizinischen Akademie im Nov. 1922 gibt R. einen Überblick über den damaligen Stand der Kenntnisse in der Behandlung mit Wismut. An Hand eigener Untersuchungen bestätigt Verf. die guten Erfolge der Wismuttherapie in allen Stadien der Syphilis, wobei er besonders die günstige Wirkung auf Erkrankungen des Nervensystems hervorhebt. B. Peiser-Berlin.

Bismutpräparate in der Praxis, von S. Szentkirályi-Hódmezővásárhely. (Gyógyászat, 1924, Nr. 28.) Quecksilberempfindlichkeit ist nicht nur eine individuelle Eigenschaft, sondern in manchen Ortschaften scheint sie einheimisch zu sein. Der Verf. beobachtete von 284 Fällen 160mal Intoxikation, die schon nach 1—2 Schmieren (3 g) oder nach der ersten Injektion von einer 10%igen Hg-Salizylsalbe auftraten. Die Symptome waren oft sehr schwer. Bei diesen intoleranten Fällen nahm er 38mal die Bismutbehandlung vor. Insgesamt in 45 Fällen. Eine Stomatitis trotz der vernachlässigten Mundpflege kariöser Zähne sah er nicht mehr auftreten. In einigen Fällen am Ende der Kur war nur Bismutsaum zu bemerken. Er benützte Bismuluol (Richter-Budapest), ein Bi-Kaliumtartarikumpräparat in der üblichen Weise. M. Porosz-Budapest.

Wirkung des Bismutkolloides in der Therapie der Syphilis, von E. Rubin. (Orv. Hetilap, 1924, Nr. 35.) Verf. referiert über die Erfahrungen mit Neobismuluol. Es wurde bei 36 Fällen II. und 5 Fällen III. Lues angewandt. Nach 2 oder höchstens nach 3 Injektionen sind die Spirochäten verschwunden. 36% sind im ersten Drittel der Behandlung, 85% nach der 7. Injektion symptomlos geworden. Nach 14 Injektionen sind alle klinisch geheilt gewesen. Die WR wurde in 77% negativ. Einige schon nach wenigen Injektionen. Diese Resultate übertreffen die des Bismuluol (Bi-Kaliumtartarat) und Bismosalvan (Bi, Chinin, Jod). Aber in 50% verursachte das Bi-Kolloid Infiltrate, welche in 31% schmerzhaft waren. In 15 Fällen trat Stomatitis auf, in 2 Fällen Albuminurie. Im Anfang gab der Verf. jeden 3. Tag, später jeden 5. Tag die Injektionen bis 14 an der Zahl. Die unangenehmen Nebenerscheinungen will der Verf. dem hohen Bi-Gehalt zuschreiben, welcher 6,4mal größer ist als der des Bi-Tartarates und 4mal so groß als des Chininjodbismutes. M. Porosz-Budapest.

Spontanruptur der Milz bei der Malariabehandlung (Spontaneous Splenic Rupture in Malarial Treatment), von G. de M. Rudolf. (Lancet, 1924, Bd. 205, Nr. 5282, S. 1057.) Auf Grund eines von Alexander beschriebenen Falles einer Spontanruptur der Milz während der Malariatherapie bei einem Paralytiker unterzieht Verf. die Ursache und die Möglichkeit eines solchen Zwischenfalles einer näheren Betrachtung. Die Bedingungen für eine Milzruptur sind gegeben bei starker Vergrößerung und Weichheit des Organs, was bei der Malariainfektion gewöhnlich der Fall ist. Die Frage, ob durch die Paralyse diese Möglichkeit erhöht wird, ist zu verneinen, da auf Grund ausgedehnter Beobachtungen die Milz von Paralytikern kleiner und meist von festerer Konsistenz ist als bei normalen Individuen. Somit muß die an und für sich schon äußerst seltene Milzruptur bei der natürlichen Malariainfektion bei der Malariabehandlung der Paralytiker eine ganz besondere Ausnahme bilden. Ihre Gefahr ist daher nur ganz gering zu bewerten. B. Peiser-Berlin.

Beitrag zur Frage der Malariablutkonservierung, von R. Weeber-Feldhof bei Graz. (W. kl. W., 1924, Nr. 52, S. 1326.) Der Aufenthalt der Plasmodien im Verdauungstraktus des Blutegels hat für erstere derartige Schädigungen zur Folge, daß mit dem Egelblut geimpfte Paralytiker eine zu mitigierte, therapeutisch ungenügende Impfmalaria bekommen und ernste, emphysemartige Hautschädigungen an der Impfstelle auf-

Digitized by Google

treten können. Deswegen sind Blutegel als Konservierungsmittel für Malariaplasmodien nicht zu verwenden. F. Jacobsohn-Berlin.

Die Malariabehandlung der progressiven Paralyse (2. Mitteilung), von Plehn-Berlin. (D. m. W., 1924, Nr. 52, S. 1827.) Die besonders guten Heilerfolge im Jahre 1921 veranlaßten Verf., zur Malariabehandlung der progressiven Paralyse nur noch Tropikastämme zu verwenden. Der seit Anfang des Jahres benutzte Stamm zeigte sich sehr offensiv, so daß die Behandlung fast stets unterbrochen werden mußte. 3 Kranke starben an plötzlicher Überschwemmung des Blutes mit Parasiten nach wenigen Anfällen. Durch tägliche Kontrollen suchte sich Verf. gegen derartige Zufälle zu schützen und setzte die Behandlung aus, sobald 10% der Blutzellen sich als infiziert erwiesen. Trotzdem sind noch 3 Pat. an Komplikationen gestorben, wie sie auch nach Tertiana auftreten. Rechtzeitige Unterbrechung der Behandlung ist daher stets erforderlich. Hat sich der Kranke erholt, dann reagiert er auf eine neuerliche Tropikainfektion mit unverminderter Schwere. Dagegen bleibt bei Reinfektion mit Tertiana das Fieber niedrig. Zur Verhütung der Gefahr, daß der Tropikainfizierte seine Umgebung anstecken könnte, schlägt Verf. vor, den Genesenden im Hochsommer nicht zu entlassen, solange er noch Gameten im Blute hat. F. Harry-Wiesbaden.

Paralysis progressiva — Malariabehandlung, von J. Nyirö und A. Stief-Szeged. (Orv. Hetilap, 1924, Nr. 44.) 30 Fälle. Die Impfungen wurden mit 2—4—5 ccm direkt von Malariakranken vor oder während oder nach dem Fieberanfall genommenen Blut (Kubitalvene) gemacht. Inkubation dauerte 8—28 Tage, nach größeren Mengen Blut bis 14 Tage. Impfstelle: subkutan am Rücken. Der Fieberanfall dauerte 4—5 Stunden. Nach 21 Passagen wuchs die Virulenz der Plasmodien, und der Anfall dauerte 15—18 Std. lang. Antiluetische Kuren wurden nicht gemacht, nach 10—12 Anfällen Chininbehandlung. In 3 Fällen Ikterus. In einem Falle Ischias. Ein Fall kam ad exitum. Das Fieber stieg bis 41,7° C und es trat Kollaps ein. Erfolg: 23% vollkommene Remission, 40% Remission unvollkommen, in 20% blieb der Zustand stationär, 17% progredierten. In juvenilen und senilen Fällen, bei Vitium halten die Verf. das Verfahren kontraindiziert. In beginnenden Fällen ist eine Heilung erreichbar, ausgenommen die foudroyanten Zustände. Die Herztätigkeit ist zu kontrollieren. M. Porosz-Budapest.

Beitrag zur Paralysebehandlung, von Arnold Kutzinski-Königsberg. (M. Kl., 1925, Nr. 2, S. 46—48). Fall 1. Paralyse mit positivem serologisch-zytologischen Befunde. Nach im Anschlusse an Salvarsanbehandlung aufgetretenem Fieber und anaphylaktischem Zustande (Brechreiz, Dermatitis) wesentliche, bisher 5 Jahre anhaltende Remission, WR negativ. Fall 2. Ausgebildete Paralyse mit völlig negativem serologisch-zytologischen Befunde. Es wird dies auf eine nach der Syphilis durchgemachte Malaria bezogen, die aber trotzdem das Auftreten metaluetischer Veränderungen nicht verhindern konnte, wie dies auch von prophylaktischer Malariabehandlung angenommen wird. Es wird die kombinierte Behandlung: Fiebererzeugung (Natr. nuclein., Yatren) und auf der Höhe des Fiebers Salvarsan intravenös empfohlen. E. Levin-Berlin.

Über den Einfluß der Malariabehandlung auf den Hämolysintiter im Serum und Liquor cerebrospinalis von Paralytikern, von F. Th. Münzer und E. Singer, Psychiatr. Klin. u. Hygien. Inst. Dtsch. Univ. Prag. (M. Kl., 1925, Nr. 7, S. 247—252.) Auf die Bedeutung des relativ frühzeitigen Schwindens der Hämolysine bei Malariabehandlung von Paralytikern ist bereits hingewiesen worden. Die bisherigen Untersuchungen bedürfen einer Ergänzung, und zwar müssen, da das Hämolysin dem Blute entstammt, vergleichende Hämolysinuntersuchungen im Serum und Liquor vorgenommen werden. Es ergab sich, daß bei normalem Bluttiter auch Normalambozeptoren im Blut vorhanden waren; nur eine gewisse Zahl wies im Blute — und damit auch im Liquor — keine Hämolysine auf. Der Hämolysingehalt im Serum und Liquor unterliegt oft spontanen Schwankungen. Während der Impfmalaria fand sich in einem Teile der Fälle mit normalem Ambozeptorengehalt im Blute und positiver Reaktion im Liquor vor der Behandlung ein Verschwinden der Hämolysine aus dem Liquor, oft allerdings auch mit abnorm niedrigem Bluttiter verbunden, während in anderen Fällen die Reaktion des Blutes gleich stark ausfiel. Nach Abbruch der Malaria waren die Befunde nicht eindeutig: Reaktion im Liquor dauernd negativ bleibend oder wieder positiv werdend; damit sind oft auch Schwankungen im Serum verbunden, daher alle möglichen Formen von Reaktionstypen. Die vor der Behandlung liquornegativen Fälle können dauernd negativ bleiben oder während der Anfälle positiv werden, um dann wieder negativ zu werden oder positiv zu bleiben. Die Hämolysine sind ein Produkt der Zellen, sie finden sich normalerweise im Serum und treten nur unter pathologischen Verhältnissen in den

Digitized by Google

Liquor über. Schwinden sie aus beiden, so kann man annehmen, daß ihre Produktion eingestellt wurde; bleibt jedoch die Reaktion im Blut bestehen, so wäre darin ein Indikator für das Schwinden der Progredienz zu erblicken. Bleiben diese Fälle negativ, so sind sie als prognostisch günstig anzusehen, was sich auch bei 3 Kranken des bearbeiteten Materials zeigte. E. Levin-Berlin.

Ulcus molle, Venerisches Granulom.

Die Behandlung des weichen Schankers mittels einer antistreptobazillären Vakzine (Traitement du chancre mou par des injections intraveineuses du vaccin antistreptobacillaire), von L. Cheinisse. (Presse méd., 1924, Nr: 96, S. 952.) Verf. referiert über Veröffentlichungen von Ch. Nicolle (Arch. de l'Institut Pasteur de Tunis, Okt. 1924, Bd. 13, 3/4, S. 243), der im Verein mit P. Durand Züchtungen des Streptobazillus zur Behandlung des weichen Schankers verwendet hat. Als bestes Nährmedium erwies sich ihm dabei weiche Gelatine mit einem Zusatz von $^1/_5$ ihres Volumens von defibriniertem Kaninchenblut. Aus diesen Kulturen wurde unter Anwendung verschiedener Manipulationen eine Vakzine hergestellt und zur intravenösen Injektion in Ampullen gefüllt. Mit diesen Injektionen haben mehrere Beobachter gearbeitet und im ganzen 48 Patienten behandelt, von denen 41 zur Feststellung des Endresultats kontrolliert werden konnten. Dasselbe war mit einer einzigen Ausnahme durchweg gut. Am besten reagierten die einfachen Schanker und die noch nicht geöffneten Bubonen, aber auch bei Fällen von phagedänischem Schanker wurde die Behandlungsdauer erstaunlich abgekürzt. Die Injektionen, von denen man bei gewöhnlichen Fällen 3—4 geben muß, rufen zwar oft eine allgemeine febrile Reaktion hervor, doch sind ernstere Schädigungen nicht zu erwarten. A. Philippi-Bad Salzschlirf.

Zwei neue Antimonpräparate zur intravenösen Anwendung. Ihre therapeutische Wirkung bei Granuloma inguinale (Two New Antimony Compounds for Intravenous Use. A Study of Their Therapeutic Value in Cases of Granuloma Inguinale), von A. Randall-Philadelphia. (Am. J. m. sc., 1924, Bd. 168, Bd. 5, 728.) Zwei neue synthetische Antimonpräparate: Natrium antimonthioglycolat und Antimontriamidthioglycolat wurden im Tierversuch geprüft und in die Therapie durch Verwendung bei Granuloma inguinale eingeführt. Geringe Toxizität bei intravenöser Anwendung von 0,1 mg bei 200 Injektionen. Von 10 Fällen wurden 9 prompt geheilt. Von diesen waren 5 mit dem ersten, 2 mit dem zweiten Antimonsalz, die übrigen mit einer Kombination beider Salze gespritzt. F. M. Peter-Hamburg.

Blennorrhoe.

a. Ätiologie.

Zur Kultur der Gonokokken, von R. Strempel, Univ. Hautkl. Bonn. (D. m. W., 1924, Nr. 46, S. 1574.) Verf. empfiehlt zur Kultivierung von Gonokokken den Levinthalschen Kochblutagar, den er dahin modifiziert hat, daß er statt Pferdeblut Menschenblut verwendet. Das Wachstum der Gonokokken bis zur vollen Entwicklung der Kolonien beansprucht 48—72 Stunden. Es finden sich dann kräftig ausgebildete Kolonien in großer Zahl von der Größe eines Stecknadelkopfes bis zu 3—4 mm Durchmesser. Das Wachstum der Gonokokken hält oft noch 4—5 Tage an. Nicht selten erreichen die Kolonien einen Durchmesser von $^1/_2$ cm. Die Platten sind selten durch Begleitbakterien verunreinigt, so daß die Reinkultur leicht gelingt. F. Harry-Wiesbaden.

Der Säurezusatz zu Gonokokkennährböden, von F. H. Lorentz, Hyg. Staatsinst. Hamburg. (Zbl. f. Bakt., 1924, Bd. 93, H. 6, S. 467.) Im Anschluß an Mitteilungen von Ikoma über „Die Bedeutung der Reaktion für Gonokokkennährböden" macht Verf. auf eigene bereits 1919 mitgeteilte Untersuchungen in gleicher Richtung aufmerksam. Ähnlich wie Ikoma konnte er feststellen, daß Zusatz von Milchsäure oder Zitronensäure zu den bekannten Gonokokkennährböden ein wesentlich besseres Wachstum der Gonokokken verursache. Im Gegensatz zu Ikoma wurde hingegen festgestellt, daß Zusatz geringster Essigsäuremengen einen absolut hemmenden Einfluß auf das Gonokokkenwachstum ausübt. Der Intensitätsgrad des Bakterienwachstums wird auch durch die Verschiedenartigkeit der Milchsäurearten bestimmt. M. Gumpert-Berlin.

Über die Lebensdauer der Gonokokken im menschlichen Körper, von H. Hirsch-Berlin. (D. m. W., 1924, Nr. 48, S. 1613.) Bei einem Pat., der vor 10 Jahren eine Blennorrhoe mit paraurethralem Gange am Skrotum überstanden hat, bricht dieser Gang

Digitized by Google

infolge Trauma wieder auf. In dem Sekret finden sich typische Gonokokken. Urethra und Prostata dagegen sind frei. Verf. nimmt an, daß die Gonokokken in dem Gang 10 Jahre lang sich aufgehalten haben und jetzt wieder zum Vorschein gekommen sind. F. Harry-Wiesbaden.

Ein neuer praktischer Sekretentnehmer, von Guttmann-Charlottenburg. (D. m. W., 1924, Nr. 16, S. 1585.) Der Sekretentnehmer besteht aus einem kürzeren Teil für die Entnahme aus der Urethra und einem längeren Teil für die Gewinnung von Sekret aus der Zervix. Beide Teile sind durch einen Handgriff miteinander verbunden. An beiden Enden befindet sich eine kleine, löffelartige Vertiefung. Hersteller: Medizin. Warenhaus, Berlin NW 6, Karlstr. 31. F. Harry-Wiesbaden.

b. Pathologie und Klinik.

Gonorrhoe des Mundes, von J. Mockovits-Budapest. (Magyar Orvos, 1924, Nr. 1.) Entzündung der Schleimhäute und eitriger Belag des Gaumens, kleines Ulkus an der Lippe. Sekret von der Gingiva gab gramnegative Diplokokken. Pat. hatte bei einer Dirne Cunnilingus ausgeübt. Die Krankheit verlief mit einem dreitägigen Fieberzustand, welcher 3 Tage hindurch auf 38,5—39° sich hielt. Kollargolbepinselung brachte in 18 Tagen Heilung. M Porosz-Budapest.

Mastdarmblennorrhoe, von H. Gál-Budapest. (Orv. Hetilap, 1923, Nr. 50.) (Vortrag geh. in d. Charité Poliklinik.) Therapie: 10 ccm von einer 1%igen Arg.-nitric.-Lösung nach vorangegangener Irrigation. Die nach der Operation schon mehrmals rezidivierten Kondylome heilten nach Aufhören der Eiterung ab. M. Porosz-Budapest.

Arthritis gonorrhoica nach Blennorrhoea neonatorum, von O. Pritzl, II. Univ.-Frauenkl. Wien. (W. kl. W., 1924, Nr. 51, S. 1312.) Bei einem Säugling entwickelte sich 7 Tage p. p. eine doppelseitige Blennorrhoe, 3 Tage später Schwellung und Rötung beider Sprunggelenke, die als spezifisch blennorrhoisch betrachtet wird, nach einer weiteren Woche blennorrhoische Vulvitis. Nach intraglutäaler Arthigontherapie ansteigend von 0,01—0,5 ccm war der Gelenksprozeß nach 13 Tagen völlig abgeklungen und ohne Funktionsstörung geheilt. M. Gumpert-Berlin.

c. Therapie.

Über Behandlung der Blennorrhoe (Concerning the Standard of Cure in Gonorrhea), von R. A. Kilduffe. (J. of Urology, 1925, Bd. 13, H. 1, S. 121.) Der Pat. will vor allem 3 Fragen beantwortet haben: Was fehlt mir? Kann ich geheilt werden? Wie lange dauert dieses? Die sicheren Zeichen der Heilung beim Manne: 1. Fehlen jeder Beschwerde in der Harnröhre nach Abschluß der Behandlung, und zwar muß dieses 2 Wochen lang beobachtet werden, 2. ebenso das Fehlen von Eiterzellen im Morgenurin, ebenfalls 2 Wochen lang, Dauerkontrolle! 3. normal häufiges Urinieren und Fehlen jedes gehäuften Nachturinierens, 4. normales Aussehen und normale Weite der Harnröhre, durch exakte Urethroskopie festzustellen, 5. normaler palpatorischer Befund der Prostata und der Samenblasen, und Fehlen jeder Beschwerden nach Provokation durch Gonokokkenvakzine. Bei der Frau Fehlen aller klinischen Anzeichen und Beschwerden nach Abschluß der Behandlung von mindestens einem Monat, normale Beschaffenheit der Urethra und der Skeneschen Gänge bei urethroskopischer Untersuchung, 3. normales Aussehen der Vagina und der Zervix und 4. normaler Befund der Beckenorgane bei bimanueller Untersuchung. Außerdem folgende bakteriologischen Forderungen: 1. das Fehlen jedes gonokokkenähnlichen Gebildes sowohl in den Sekreten wie in der aus diesen angelegten Kulturen, sowohl ohne wie mit Provokation. Als Regel, um diese Untersuchungen einwandfrei zu machen, ist zu fordern, daß die Urinentleerung wenigstens 1 Stunde vorher stattgefunden hat, möglichst noch früher, daß vorher keine Spülungen vorgenommen worden waren. Beim Manne soll die Harnröhre ausgepreßt werden, die Prostata massiert und dann das Zentrifugat untersucht werden; bei der Frau soll Sekret aus der Urethra, den Bartholinischen Drüsen, der Zervix und der Vagina entnommen werden. Da bei beiden Geschlechtern in den Tiefen noch Herde vorhanden sein können, die auch durch mechanische Einflüsse nicht akut werden, so soll man durch Gonokokken-Vakzine (3000 Millionen pro Kubikzentimeter) alte Prozesse zum Aufflackern bringen. Bei der Frau findet man im Sekret unmittelbar nach der Menstruationsblutung oft Gonokokken, wenn sie sonst in der Zwischenzeit nicht zu finden sind. Gerade bei der Sekretuntersuchung bei der Frau kommen oft ähnliche Gebilde vor, die nur der Geübte von den echten Gonokokken unterscheiden kann. Die Kulturen sind sehr schwierig, da der Gonokokkus nur schwierig zu züchten ist. Am besten wird

Digitized by Google

das Zentrifugat des Prostata- und Samenblasensekretes sowie der ersten Urintropfen genommen; bei der Frau das Sekret der Zervix und der Harnröhre. Die serologische Feststellung der Heilung beruht darauf, festzustellen, ob Antikörper vorhanden sind, denn diese würden auf noch lebende Gonokokken hindeuten. Man darf aber dann nicht vorher provozieren, sicher nicht mit Gonokokkenvakzine! Ein negativer Befund dieser Reaktion zeigt, daß sicher keine lebenden Gonokokken mehr vorhanden sind; ist der Befund positiv, so muß Pat. noch weiter in Beobachtung bleiben. Verf. fordert, daß sämtliche Methoden angewandt werden, um mit Sicherheit die Heilung festzustellen. Ferner ist die Gegenwart von Gonokokken möglich, aber nicht bewiesen, wenn die Indolreaktion negativ ist. Man muß aber andererseits die Pat. auch von der Heilung informieren, denn es ist bekannt, daß gerade diese Kranken infolge der langen Dauer der Krankheit zur Neurasthenie und Hypochondrie neigen. A. Rosenburg-Mannheim.

Reargon bei der akuten Harnröhrengonorrhoe des Mannes, von H. Riem-Berlin. (D. m. W., 1924, Nr. 44, S. 1514.) Nach Reargonbehandlung schwanden die entzündlichen Erscheinungen, insbesondere der Ausfluß schlagartig. Auch Gonokokken ließen sich nach relativ kurzer Zeit in dem gelegentlich noch gewonnenen schleimigen Sekret nicht mehr nachweisen. Nach erfolgter Schlußprovokation rezidivierten 3 von 7 Fällen. Auf Grund dieses unbefriedigenden Resultates schlägt Verf. vor, Reargon nur so lange anzuwenden, bis die Entzündungserscheinungen beseitigt sind, und dann mit Albargin weiterzubehandeln. Von 10 auf diese Weise behandelten Fällen wurden 7 nach 4 Wochen geheilt, in 2 Fällen ging die Erkrankung auf die Posterior über und in 1 Fall trat nach Arthigon ein Rezidiv auf. F. Harry-Wiesbaden.

Zur Reargonbehandlung, von G. D. Köhler, Stadtkrkhs. Zittau. (D. m. W., 1924, Nr. 51, S. 1802.) Verf. hat mit der Verwendung von Reargon bei männlicher und bei weiblicher Blennorrhoe schlechte Erfahrungen gemacht. F. Harry-Wiesbaden.

Über Reargon, von O. Mergelsberg-Aachen. (D. m. W., 1925, Nr. 2, S. 69.) Verf. berichtet über seine Erfahrungen mit der Reargonbehandlung und gibt sein Urteil dahin ab, daß die Abortivkur auch in geeigneten Fällen nicht gelingt, daß ferner oft Komplikationen, wie Übergreifen der Erkrankung auf die Prostata, Blase und Posterior, starke Reizerscheinungen auftreten. Die bakterizide Kraft des Reargons entspricht nicht der hohen Konzentration. Weitere Nachteile sind der hohe Preis und die kurze Haltbarkeit. F. Harry-Wiesbaden.

Bedeutet die Bebandlung mit Reargon einen Fortschritt in der Gonorrhoetherapie, von E. Portner-Berlin. (D. m. W., 1924, Nr. 47, S. 1615.) Verf. hat die gleichen schlechten Erfahrungen mit Reargon, wie Nagel sie in Nr. 35 beschreibt. F. Harry-Wiesbaden.

Merkurochrom bei Blennorrhoe (Mercurochrome in Gonorrhea), von M. Lavandera-New York. (J. Am. m. Ass., 1924, Bd. 83, Nr. 21, S. 1682.) Entgegen den überraschend günstigen Resultaten von Whitman bei der Blennorrhoebehandlung mit löslichem Merchurochrom 220 teilt Verf. 4 Fälle mit, bei denen das Mittel völlig versagt hat. Unveränderter Gonokokkenbefund, dagegen schwere Allgemeinstörungen, Koliken und Durchfälle. M. Gumpert-Berlin.

Erfahrungen mit Targesin, von F. Harry-Wiesbaden. (M. m. W., 1924, Nr. 43, S. 1508.) Gute Erfahrungen bei akuten und chronischen Blennorrhoen. Reizlos, schmerzlos, rasche Verminderung des Ausflusses und der Gonokokken, Aufhellung des Urins. Beginn mit 1%igen Lösungen, Steigerung bis auf 3%. Zu Blasenspülungen (reizlos!) 1 : 500—200. Zu Destillationen 1—5% (reizlos!). Behandlungsdauer der Urethrit. ant. durchschnittlich 3 Wochen. Gonokokken in der Regel nach 14—16 Tagen nicht mehr nachweisbar. Doch soll noch einige Wochen mit höheren Konzentrationen nachbehandelt werden. Wichtig ist, daß der Pat. nach den Injektionen längere Zeit nicht uriniert. A. v. Notthafft-München.

Diagnostisch-therapeutische Untersuchungen mit endovenösen Injektionen von spezifischen Vakzinen bei den gonorrhoischen Injektionen (Ricerche diagnostico-terapeutiche con l'introduzione di vaccini per via endovenosa nell' infezione gonococcica), von G. Falchi-Pavia. (Bull. d. Soc. med.-chir. di Pavia, 1924, H. 4.) Verf. berichtet über die in der Klinik von Prof. Mantegazza-Pavia versuchte endovenöse Behandlung der blennorrhoischen Komplikationen mit Gonokokkenvakzine: Es wurden im ganzen 229 Kranke (davon 134 weiblichen Geschlechts im Alter zwischen 18 und 30 Jahren) behandelt. Benutzt wurde: Arthigon, Gonovakzin, Gonargin, Neo-Dmegon, Welcome und Resantin. Zu diagnostischen Zwecken wurden endov. provokatorische Injektionen in 40 Fällen vorgenommen. Technik und Dosierung: Von Arthigon wurden

Digitized by Google

zunächst 10 Millionen, dann beim Ausbleiben einer Reaktion 20—30 Millionen injiziert, und wenn auch dann keine Reaktion erfolgte, Abwesenheit von Gonokokken angenommen. Die Reaktionen bestanden in den üblichen bei den anderen Gonokokkenvakzinen beobachteten, d. h. bisweilen in Schüttelfrost, Kopfschmerzen, Temperatursteigerungen von $1^1/_2$—2° und nach 4—5 Stunden Schweißausbruch. Bisweilen auch Herdreaktionen. Bei 12 Fällen von subakuter Urethritis des Weibes und Katarrh des Zervixkanals außer Fiebersteigerung auch ein leichter Schmerz in der Beckengegend, aber nie wurden Gonokokken im Ausfluß beobachtet. Bei 20 Kranken mit subakuter Metritis ähnliche Reaktionen. In einem Falle Auftreten einer akuten Entzündung der Adnexe mit Peritonitis und Pyosalpinx. Es wurde auch die bekannte Phänomenologie der negativen Phase beobachtet, indem es in 4% der Fälle zur Ausbreitung des Prozesses und zu Verschlimmerungen kam. Klinische Beobachtungen und Resultate: Kein Erfolg bei der Urethritis ac. tot.; gute, aber nicht konstante Resultate bei Epididymitis und Deferentitis. Bei peri- und paraurethralen Abszessen kein Erfolg; bei 2 Fällen von Prostatitis phlegm. ziemlich gute Erfolge, bei 13 von Prostatitis subac. diffusa gland. 4mal Besserung, 4mal Akutisierung und 5mal kein Erfolg, bei 13 von chronischer Prostatitis mit Verhärtung und Vergrößerung der Prostata überhaupt keine Einwirkung; dagegen in 12 Fällen von Arthritis gon. 11mal Besserung. Blennorrhoe des Weibes: Von 23 Fällen von Urethritis mit Zervixerkrankung (18mal mit positivem Gonokokkenbefund) nur bei lokaler Behandlung Besserung. In 24 Fällen von Metritis ac. kein Erfolg, bei 32 von Endometritis subac. (parenchymatöser Typus) erst nach langer Behandlung unter heftigen Reaktionen und vorübergehender Verschlimmerung 22mal Besserung. Bei Endometritis chron. kein Erfolg. Wirkungsweise und Mechanismus: Verf. meint, daß die Injektionen der Vakzine die Bildung von Antikörpern zur Folge haben, daß die Gonokokkenvakzine spezifisch wirken und nicht etwa durch eine Störung des kolloidalen Gleichgewichtes wie die aspezifischen Vakzine. Schlußfolgerungen: 1. Die Einführung der Gonokokkenvakzine auf endovenösem Wege ist der auf parenteralem überlegen und gefahrlos, sie ist für diagnostische Zwecke sehr verwendbar und die Methode der Wahl.

E. Freund-Triest.

Zur Behandlung der Bartholinitis gonorrhoica, von H. Hübner, Hautkl. Städt. Krkanst. Elberfeld. (Zbl. f. Gynäk., 1925, Nr. 2, S. 84.) Verf. empfiehlt die Behandlung mit Eigenblut: $^1/_2$ cm oberhalb und unterhalb des Ausführungsganges der Drüse werden je 2—3 ccm Venenblut eingespritzt. Zur Vermeidung der Gerinnung können zuvor in die leere Spritze 1—2 ccm 22%iger Na.-citric.-Lösung aufgezogen werden. Die erzielten Resultate sollen gut sein. F. Landauer-Berlin.

Endovenöse Behandlung mit Gonokokkenvakzine der blennorrhoischen Adnexerkrankungen (La vaccinoterapia antigonococcica per via endovenosa nella cura delle annessiti), von W. Pierangeli-Neapel. (Riforma med., 1925, Nr. 1.) Verf. hat bisher 26 Männer und 11 Frauen mit dieser Methode behandelt, und zwar 20 Fälle von Epididymitis, 4 von akuter Prostatitis und 2 Fälle von Arthritis. Bei Frauen: 9 akute Adnexerkrankungen, 2 akute Endometritiden. Resultate: Bei den Männern so ziemlich dieselben wie auf intramuskulärem Wege. Bei den Frauen geradezu brillante Erfolge. Technik: zwecks Verhütung heftiger Reaktionen zunächst 2 intram. Injekt., dann alle 2 Tage steigende Dosen intravenös. Nie üble Zufälle, in einer Anzahl der Fälle definitive Heilung.

E. Freund-Triest.

Urogenitalapparat.

a. Allgemeines.

Seltene Mißbildung der Müllerschen Gänge bei einem Fall von Hermaphroditismus femininus externus, von Kneringer und Louros. (W. kl. W., 1924, Nr. 50, S. 1282.) Bei diesem weiblichen Scheinzwitter lag zunächst eine stark vergrößerte penisartige Klitoris vor. Das Orificium externum urethrae lag in der vorderen Scheidenwand entsprechend einer Hypospadie. An den einheitlichen Uteruskörper setzen sich 2 Zervizes an, von denen die eine in eine annähernd normale Scheide mündet, die andere dagegen in einen kleinen engen Scheidenkanal. Auf der normaleren Seite war der Gartnersche Gang ausgesprochener nachzuweisen als auf der Gegenseite. Außerdem fanden sich in diesem Fall hyperplastische Nebennieren, ein Befund der bei Pseudohermaphroditen in letzter Zeit mehrfach erhoben worden ist. A. de Lemos-Hamburg.

Männlicher Scheinzwitter und Kretinismus, von L. Fraenkel, Univ.-Frauenkl. Breslau. (Kl. W., 1925, Nr. 1, S. 22.) Verf. beschreibt das mit angeborenem Schwachsinn

Digitized by Google

kombinierte Krankheitsbild, eines kryptorchisch-hypospadisch-hypoplastischen Mannes. Untersuchungen im Anschluß an diese Beobachtung an dem Material mehrerer weiblicher Irrenhäuser zur Klärung der Frage des Zusammenhangs zwischen Gehirnstörungen und schweren Genitalhypoplasien ergaben, daß etwa 70% schwerster Genitalhemmungen beobachtet werden konnten. Für den vorliegenden Fall nimmt Verf. zu einer gemeinsamen Erklärung des männlichen Scheinzwittertums und des Intelligenzdefektes eine übergeordnete Störung an, die er auf endokrinem Gebiete zu finden glaubt. Und zwar erklärt er dieses psycho-sexuelle Krankheitsbild durch die Minderwertigkeit oder das Fehlen der Schilddrüse. E. Langer-Berlin.

Ektopie der Harnblase bei einem Kinde (Ectopia of the Urinary Bladder in an Infant), von J. Epstein-New York. (Med. J. and Record, 1925, Bd. 121, Nr. 3, S. 151 bis 152.) Fall von Ektopie der Blase, Epispadie, doppelseitiger Hernia inguinalis bei einem Kinde von 5 Monaten. Die Prognose ist schlecht. E. Levin-Berlin.

Zwitterbildung beim Meerschweinchen (Sur une malformation intersexuelle chez le cobaye), von Al. Lipschütz. (Compt. rend. acad. des Sciences, 1924, Bd. 179, Nr. 26, S. 1625—1628.) L. hatte früher beim Meerschweinchenweibchen nach Hodenimplantation eine Umbildung der Klitoris in ein penisartiges Organ und das für Männchen eigentümliche kleine Epidermalhörnerpaar hervorrufen können. Moore erhielt dasselbe Resultat bei 2 Meerschweinchen, Sand bei 5 Ratten. Jetzt fand L. das gleiche bei unbehandelten Weibchen: äußerlich maskuline Genitalbildung mit Hörnern und großer Klitoris (an ausgezeichneten Photogrammen illustriert). Es handelte sich einmal um ein Weibchen, das von einer gleichfalls anormalen Mutter stammte und von einem Vater, der seinerseits ein Sproß der letzteren gewesen war. Von diesem Vater und einem normalen Weibchen stammte ein zweites von L. beobachtetes Zwitterweibchen. Man könnte deshalb annehmen, daß es sich bei den früheren Beobachtungen L.s um somatische Mißbildungen, nicht um Umwandlungen infolge hormonaler Beeinflussung gehandelt hätte. L. schließt den Einwurf aber aus, weil Moore bei 2 Weibchen nach angegangener Hodenpfropfung die penisartige Umwandlung eintreten sah, während sie in 16 Fällen ausblieb, in denen die Pfropfung nicht von Erfolg begleitet war. Zwecks Klärung der Ätiologie der Zwitterbildung bei unbehandelten und vorbehandelten Weibchen unternimmt L. weitere Kastrationsversuche und regt zu experimentellen Nachprüfungen an. H. Lippert-Köln a. Rh.

Beitrag zum Studium der Proteintherapie der Geschlechtskrankheiten (Contribution à l'étude de la protéinothérapie dans les maladies vénériennes), von L. M. Bonnet und Pétouraud. (Lyon méd., 1925, Bd. 135, Nr. 2, S. 29—35.) Obgleich mit reiner Milch gute Erfolge erzielt wurden, ließen doch die dabei bisweilen zu beobachtenden unangenehmen Nebenerscheinungen, starke allgemeine Reaktionen, Schmerzen an der Injektionsstelle, Versuche mit einem künstlich hergestellten Präparat berechtigt erscheinen. Zur Anwendung kam 10%ige Lösung von Kasein-Pepton (Soluprotine) bei 15 Fällen von Hodenentzündung, 1 Fall von Bartholinitis und Adnexentzündung, 2 Fällen von Bubo. Die Einspritzungen wurden sehr gut vertragen, Allgemeinerscheinungen im allgemeinen gering, doch einigemal stark, Wirkung geringer als bei reiner Milch, jedoch wesentliche Besserung, manchmal auch schnelle Heilung. E. Levin-Berlin.

b. Penis, Urethra, Blase.

Kongenitale Verwachsung des Präputiums, von B. Mesterhazy-Sóskút. (Orv. Hetilap, 1924, Nr. 40.) Ein 3tägiger Knabe hatte noch keinen Urin gelassen und lag apathisch infolge der Urämie. Das Präputium hatte keine Öffnung. Die Vorhaut wurde mit dem Messer abgetragen. Blutstillung und Xeroformverband. Einige Stunden später trat die Urinentleerung ein. Das Kind erholte sich und entwickelte sich schön. M. Porosz-Budapest.

Induratio penis plastica, von A. Frank. (Zbl. f. Chir., 1925, Nr. 3, S. 125.) Bei der Induratio penis plastica handelt es sich um knoten- oder plattenförmige Einlagerungen am Penisschaft, die bei der Erektion eine Abknickung des Gliedes zur Folge haben und die Immissio unmöglich machen. — Interessant ist, daß man das Krankheitsbild in etwa 10% der Fälle vergesellschaftet findet mit der Dupuytrenschen Kontraktur, so daß Coenen für die Entstehung der Erkrankung eine fibroblastische Diathese annimmt. Für diese Hypothese scheint der vorliegende Fall zu sprechen, bei dem neben einer Kontraktur der Fascia palmaris bei einer Laparatomie derbe fibröse Verwachsungen am Zökum und Ileum gefunden wurden. — Therapeutisch wurden alle möglichen resorbierenden Maßnahmen versucht, aber ohne wirklichen Erfolg. F. Landauer-Berlin.

Digitized by Google

Ein Fall von balanopräputialer Leukoplakie (Un caso di leucoplasia balanoprepuziale), von Candido Maderna-Neapel. (Riforma med., 1924, Nr. 50.) Pat. hatte mit 16 Jahren Balanopostitis und 2 Jahre später syphilitische Infektion der Glans. Seit 1 Monat Auftreten einer allmählich zunehmenden Verdickung am inneren Präputialblatt von perlmutterartigem Glanz. Die Untersuchung ergibt Verdickung des inneren Präputialblattes mit typischer Leukoplakiebildung. Sonst besteht bei neg. WR allgem. Drüsenschwellung. Heilung auf Trépol und Radiumapplikationen. Verf. hebt die Seltenheit der Affektion (in 44 Jahren, bei einem jährlichen Material von 4000 Kranken an der Klinik von Stanziale in Neapel, ist dies der erste Fall) hervor und meint, daß die Syphilis und die chronische Reizung bei dem Entstehen dieser Affektion eine wesentliche Rolle spielt.

E. Freund-Triest.

Die Pathologie der hinteren Harnröhre (Pathology of the Posterior Urethra), von G. R. Livermore-Tennessee. (J. of Urol., 1925, Bd. 13, Nr. 1, S. 111.) Zur Diagnostik bedarf es der Urethroskopie. Wenn der Colliculus seminalis geschwollen, entzündet ist oder leicht blutet, so tun lokale Applikationen von 20%iger Arg.-nitric.-Lösung oder besser noch Verschorfung oft Wunder, besonders bei den Fällen, die mit Brennen beim Urinieren und mit Harndrang einhergehen. Blasenspülung mit 1 : 10000 Arg.-nitric.-Lösung und folgende Prostata- und Samenblasenmassage sind zweckmäßig. In den Fällen, in denen der Kollikulus klein und anämisch ist, kommen auch Dilatation und Arg.-nitric.-Applikation anstelle der Verschorfung in Betracht. Bei Harndrang und Blasenkatarrh erreicht man oft durch die Fulguration mehr als durch andere Methoden. Vasotomie, heiße Sitzbäder, heiße Klysmen, elektrische Heizsonden, sowohl urethral wie rektal, müssen versucht werden, erreichen aber meist nicht so viel. Bestehen Zysten, so erleichtert die Eröffnung derselben die Beschwerden. Verf. fand neben den Papillomen sog. „Ecchymosen", denen er eine besondere Beachtung schenkte. In 6 Fällen, die mit Bildern im Detail beschrieben werden, zeigt Verf. die Erfolge der Verschorfung des Colliculus seminalis und der Prostatalappen. A. Rosenburg-Mannheim.

Beseitigung von Abflußhindernissen am Blasenhals mittels Hochfrequenzoperation (Value of Cautery Punch in Removal of Vesical Neck Obstruction), von I. R. Caulk und J. H. Sanford-St. Louis. (J. Am. m. Ass., 1924, Bd. 83, Nr. 25, S. 1993.) Die Verff. empfehlen auf Grund einer Erfahrung bei 175 Pat. die Beseitigung von Abflußhindernissen am Blasenhals, wobei in erster Linie vergrößerte Prostatalappen in Frage kommen, mittels Hochfrequenzstrom. Die Operation wird in Lokalanästhesie mit einem Operationsurethroskop ausgeführt. Einzelheiten über die Technik müssen in der Originalarbeit nachgelesen werden. O. A. Schwarz-Berlin.

Amöbenzystitis. Heilung durch Yatreninjektionen, von Fr. Reiss-Dung Dai (China). (Gyógyàszat, 1925, Nr. 3.) Der ungarische Verf., der als Lektor auf der Hochschule funktioniert, beschreibt einen Fall mit heftigem Harndrang und Blutharn. Die bakteriologische Untersuchung fand Amoeba histolytica minutissima im Urin. Emetinbehandlung durch 3 Monate ohne Erfolg. Yatrenbehandlung: mit 10%iger Suspension Blaseninjektionen 10—20 ccm (mit Guyonkatheter) mit vorangegangener Anästhesierung (5%iger Novokainlösung) brachten in 5 Wochen eine Heilung, die nach 11 Monaten noch besteht. Ein zweiter Fall, der vor 4 Jahren eine Dysenterie durchmachte, zeigte dasselbe Bild, an Cystitis dolorosa erinnernd, und es wurde zystoskopisch ein typisches Amöbenulkus in dem Trigonum gefunden. Heilung in 6 Wochen, ohne Rezidiv.

M. Porosz-Budapest.

Die Sklerose des Blasenschließmuskels, von F. Voelcker-Halle. (Zschr. f. urol. Chir., 1925, Bd. 17, H. 1/2, S. 103.) Es gibt narbige oder schwielige Verdickungen des Blasenausganges, die von dem dicken weichen Katheter spielend überwunden werden, bei denen aber die Spontanentleerung des Urins meist völlig unmöglich ist. Verf. glaubt, daß bei dem Versuch zu urinieren durch den Druck sich die Schleimhaut des Blasenhalses faltenartig in den Sphinkter vorschiebt und diesen verschließt, während er sonst gerade noch offen ist. Da in diesen Fällen meist ein chronischer Blasenkatarrh besteht, was eine Quellung und Verdickung der Schleimhaut zur Folge hat, so ist diese Erscheinung ja noch leichter möglich. Eine Inzision des Sphinkters oder die Herausnahme eines Keiles von der Sectio alta aus, bringt dann Heilung, wie auch Rubritius berichtet. In einem Falle brachte die Sphinkterotomie keine Heilung, erst die vollständige zirkuläre Exzision des ganzen schwieligen Sphinkters, die Verf. nach ischiorektaler Freilegung der Prostata vornahm, brachte Heilung. Es trat keine Inkontinenz auf, es haben also augenscheinlich die höherliegenden Ringschichten die Funktion übernommen.

A. Rosenburg-Mannheim.

Digitized by Google

LIBRARY OF THE RESEARCH LABORATORIES OF THE PARKE, DAVIS AND COMPANY

Fremdkörper in der Blase einer Frau, von K. Lehotzky-Semmelweis-Budapest. (Orv. Hetilap, 1923, Nr. 50.) Eine Haarnadel war inkrustiert und durchbohrte mit einem Ende die Blase und führte zu einem großen paravesikalen Abszeß. Zystotomie, Entfernung, Heilung per granulationem. In einem zweiten Falle wurde die inkrustierte Haarnadel per Kolpozystotomie entfernt. Die Blase gangränesziert auf der durchbohrten Stelle. Nach der dritten Operation gelang es, die Fistel endgültig zu schließen.
M. Porosz-Budapest.

Zur Bewertung des epithelialen Harnsedimentes für die Diagnose der Blasengeschwülste, von F. Stenius, Chir. Univ.-Kl. Helsingfors. (Acta Chir. Scand., 1925, Bd. 58, H. 1/6, S. 240.) Durch Untersuchung des epithelialen Harnsediments können gewisse Anhaltspunkte für die Beurteilung des Charakters einer Blasengeschwulst erhalten werden. Ein reichliches Vorkommen von Zellen mit großen Kernen und Kernkörperchen ist auf Bösartigkeit des Tumors recht verdächtig. Die Diagnose gewinnt an Wahrscheinlichkeit, wenn Zellen vorhanden sind mit besonders großen Kernkörperchen (4—5 μ). Das Umgekehrte gilt aber natürlich nicht: eine Geschwulst kann auch malign sein, wenn solche atypische Zellen nicht gefunden werden. F. Landauer-Berlin.

Absonderung bakterientötenden Urins und Desinfektion der Harnwege mittels oraler Verabfolgung bestimmter Alkylderivate des Resorzinols (Secretion of Bactericidal Urine and Desinfection of the Urinary Tract Following Oral Administration of Certain Alkyl Derivatives of Resorcinol), von V. Leonard-Baltimore. (J. Am. m. Ass., 1924, Bd. 83, Nr. 25, S. 2005.) Auf Grund eingehender chemischer und physiologischer Studien, welche in der Originalarbeit nachgelesen werden müssen, hat sich das Hexyl Resorzinol in oraler Verabfolgung als ein Harndesinfiziens erwiesen, welches allen andern Harnantiseptizis überlegen ist. O. A. Schwarz-Berlin.

c. Hoden, Samenbläschen, Prostata.

Radikaloperation der Prostatahypertrophie, von K. Jellinek-Debreczen. (Orv. Hetilap, 1923, Nr. 50; Referat von dem Debreczener Ärzteverein.) Die guten Erfolge hängen von dem Zustande der Nieren ab. Um vor dem hydrostatischen Druck die Nieren zu schonen, soll ein Dauerkatheter angebracht werden, bei Nierenläsionen Blasenfistel angelegt werden. Wenn dann die funktionelle Untersuchung entsprechendes Resultat liefert, kann die Freyersche Operation gemacht werden. Von 11 Fällen 10 Heilungen, einen Fall verlor der Verf. im Chock bei Lumbalanästhesie. M. Porosz-Budapest.

Wie entstehen die Rezidive der Prostatahypertrophie nach der suprapubischen Prostatektomie?, von A. Freudenberg-Berlin. (Zschr. f. urol. Chir., 1924, Bd. 16, H. 5/6, S. 206.) Rezidive nach der suprapubischen Prostatektomie sind im ganzen selten. Immerhin kommen sie doch vor, ohne daß man sich eine Erklärung geben konnte. Verf. beobachtete nun, daß auf den großen Prostataknoten häufig kleine Knötchen sitzen, die beim Herausschälen der großen Knoten, da sie gut abgegrenzt sind, leicht zurückbleiben. Von diesen kleinen Knoten, die nach der Prostatektomie schnell wachsen, da sie sich an Stelle des vorherigen Druckes einem Vakuum gegenübersehen, gehen die Rezidive aus. Die Erklärung Jakobys hält Verf. nicht für richtig, er glaubt sogar, die Mikrophotogramme Jacobys für seine Theorie umdeuten zu können. Für die Praxis ergibt sich, daß man nach der Prostatektomie die ganze Höhle nochmals abtasten soll, ob nicht noch kleine Knoten zurückgeblieben sind. Ein zweiter Fall zeigt, daß auch ein Karzinom entstehen kann, wenn vorher (hier 9 Jahre vorher) eine gutartige Prostata ektomiert worden war. A. Rosenburg-Mannheim.

70 Fälle akuter eitriger Prostatitis, von M. Belostozky-Moskau. (Zschr. f. urol. Chir., 1925, Bd. 17, H. 1/2, S. 53.) Bei Prostataabszessen ist meist der Gonokokkus der spezifische Erreger, wenn er auch mitunter mit Staphylokokken 36%, Bact. coli 10% oder Streptokokken vergesellschaftet ist. Nur bei 9 Kranken der 70 vom Verf. beobachteten Fälle konnte eine Blennorrhoe anamnestisch nicht festgestellt werden, das sind 13% der Fälle; bei 13 Fällen (= 19%) war der Abszeß nicht blennorrhoischen Ursprunges. Nur in 5 Fällen war keine Erkrankung der hinteren Harnröhre festzustellen, diese kann auch durch instrumentelle Manipulation hervorgerufen sein. Als prädisponierende Momente kommen Erkältung (3 mal), schwere physische Arbeit (7 mal), Erschütterung beim Reiten (1 mal), übermäßiger geschlechtlicher Genuß (8 mal) in Betracht. Auch chronische Obstipation (5 mal), übermäßiger Alkoholgenuß (8 mal), Onanie (1 mal) wurden festgestellt. 2 mal trat der Abszeß nach forcierter Instillation, 2 mal nach forciertem Bougieren auf. Jordan beobachtete 2 mal Abszesse nach Janetscher Spülung, wobei nach Ansicht des Verf. mehr dem ungeschickten Manipulieren als der Spülung an sich

Digitized by Google

die Schuld gibt; andererseits trat 15mal nach Behandlung einer akuten Blennorrhoe mit Janetscher Spülung ein Prostataabszeß auf. 3 Kardinalsymptome: Vorwölbung in das Rektum, Schmerzen am Anus und Harndrang oder Harnverhaltung. 21mal wurde eine vollständige Harnverhaltung beobachtet, so daß man zum Katheter greifen mußte. Schüttelfröste und Temperatursteigerungen blieben oft aus. Gewöhnlich bricht der Eiter spontan in das Rektum oder in die Urethra durch, 40mal wurde ein solcher Durchbruch vom Verf. beobachtet. Dennoch gibt es Fälle, die auf konservative Therapie ausheilen. Eiter bricht am häufigsten in die Harnröhre durch, nur einmal in die Harnblase, wie die Zystoskopie feststellte. Bricht der Eiter in das Rektum durch, so geht meist eine Periprostatitis voraus. 9mal brach der Eiter nach dem Damm durch. Die Mehrzahl der Fälle von Prostataabszeß fällt in das Alter von 20—25 Jahren, d. h. in die Jahre der akuten Blennorrhoe. Bei schlecht oder gar nicht behandelten Fällen ist die Fistelbildung keine Seltenheit. Was die Restitutio ad integrum anbelangt, so hatten doch 30% Störungen in der Geschlechtssphäre (schmerzhafte oder verspätete Ejakulation). Die Erkrankung dauert 30—40 Tage. Die konservative Behandlung besteht in heißen Klysmen, Bettruhe, Milchinjektionen und Vakzinetherapie. Wenn der Abszeß sich schon geöffnet hat, beginne man mit ganz leichter Prostatamassage. Der Abszeß soll nicht zu früh eröffnet werden. Der spontane Durchbruch ist meist günstiger, sowohl was die definitive Heilung wie auch was die Mortalität anbelangt. Die mittlere Linie, d. h. sich mit der Operation nicht zu beeilen, ist nach Ansicht des Verf. die richtige. Die subjektiven Erscheinungen wurden durch die Laktotherapie außerordentlich günstig beeinflußt. Es schwanden meist die Schmerzen, die Temperaturerhöhungen und die qualvollen Harnbeschwerden. Eine Kontrolle der Darmtätigkeit, heiße Klysmen mit Opiumzusatz 2—3mal am Tage, tägliche Spülungen nach Janet sind notwendig.

A. Rosenburg-Mannheim.

Zur Kasuistik und Diagnose der Samenstranggeschwülste, von F. Starlinger, I. Chir. Univ.-Kl. Wien. (D. Zschr. f. Chir., 1925, Bd. 189, H. 4—6, S. 408—413). Myxofibrom des Samenstranges zeigte Transparenz wie Hydrozele; diese ist daher zur Differentialdiagnose nicht geeignet; entscheidend ist das Ergebnis der Probepunktion, der der Eingriff sofort zu folgen hat.

E. Levin-Berlin.

Über einen Fall von Hodenkarzinom oder Seminalepitheliom oder Seminom, von H. Ryser-Biel. (Schweiz. m. W., 1925, Nr. 4, S. 68—70). Die genannten Geschwülste entstehen aus den Keimzellen der Samenkanälchen (Spermatogonien). Die Zellen der Geschwülste sind gegen die gewöhnlichen Härtungaflüssigkeiten empfindlich, was die gleichfalls festgestellte Empfindlichkeit gegen die Röntgenstrahlen verstehen läßt. Dadurch können bei anderen malignen Tumoren nicht entfernt erreichte, ganz ungeahnte therapeutische Resultate zustande kommen. In dem beschriebenen Falle war ein maligh entarteter Leistenhoden exstirpiert worden. 3 Jahre später entwickeln sich riesige Bauchmetastasen, die auf drei intensive Röntgenbestrahlungen schwinden; ein Jahr danach völliges Wohlbefinden, keine Erscheinungen. Der Verlauf des Seminoms ist ein viel langsamerer und deshalb gutartigerer als der anderer maligner Hodentumoren. Verwechslungen mit dem viel bösartigeren aber sehr seltenen Sarkom kommen vor.

E. Levin-Berlin.

Zur operativen Behandlung der Nebenhodenentzündung, von J. Szabó-Budapest. (Orv. Hetilap, 1924, Nr. 26.) 12 Fälle wurden operiert, 3 chronische (3—5mal rezidivierende), 9 akute, darunter 2 schwerste Fälle. Operation: 6—8 cm langer Schnitt, Öffnung der Tunica vaginalis, bis der Nebenhoden emporquillt. In die verdächtigen Stellen werden Stichwunden gemacht; wenn Eiter zum Vorschein kommt, wird die Öffnung erweitert, mit einer Sonde auf Nebenhöhlen gesucht und mit 1%igem Lapis oder 1%igem Elektrargol ausgespritzt, mit 1%igem Sublimat der Nebenhoden abgewaschen, Drainage, Naht; Drain wird in 48 Stunden, Seide in 6 Tagen entfernt. Die Operation ist leicht auszuführen, auch ambulant. Lokalanästhesie mit 2%igem Novokain-Adrenalin, 10 ccm um das Vas deferens und 20 ccm einer 0,5%igen Lösung um die Wurzel des Skrotums. Zwischen den Lamellen der Tunica vaginalis waren von 9 Fällen 7mal Eiter und 5mal Gonokokken zu finden, in der Epididymis waren Abszesse vorhanden mit Gonokokkeninhalt. In den chronischen Fällen waren feste starke Verwachsungen zwischen den Lamellen und eitrig seröse Flüssigkeit ohne Gonokokkenbefund. Nachher Wärmebehandlung (auch Diathermie). Vesikulitis (in 10 Fällen), Prostatitis (in 3 Fällen) war ebenfalls vorhanden.

M. Porosz-Budapest.

Über die physiologische Bedeutung des Colliculus seminalis und seine Beziehung zu nervösen und anderweitigen Störungen in der Urogenitalsphäre, von

Digitized by Google

F. Fischl, II. Derm. Abt. Allg. Krkhs. Wien. (W. m. W., 1924, Nr. 52, S. 2772.) In dem Colliculus seminalis kann man kein endokrines Organ sehen, es ist lediglich ein Rudiment einer weiblichen Anlage im männlichen Genitale. Die frühere Anschauung, daß die Aufgabe des Kollikulus darin bestehe, beim Koitus den Abfluß des Samens in die Blase zu verhindern, ist längst widerlegt; wahrscheinlich dient der Kollikulus dazu infolge der Anordnung des Ductus ejaculatorius und der Ductus prostatici, daß hier eine möglichst günstige Mischung des ausströmenden Samens mit dem Prostatasekret zustande kommt, wodurch eine Verdünnung und Alkalisierung herbeigeführt wird. Das Studium der nervösen Versorgung des Kollikulus hat ergeben, daß seine Versorgung nicht anders ist als diejenige der Pars prostatica der Harnröhre und daß hier vor allem keinerlei höher entwickelte nervöse Endapparate zu finden sind. Daraus ergibt sich für die Therapie, daß es ohne objektiven pathologischen Befund keinen Zweck hat, therapeutische eingreifende Manipulationen am Kollikulus vorzunehmen, wie z. B. Ätzen, Kauterisieren, Lapisierung usw. E. Langer-Berlin.

Der spontane Untergang des gesunden Hodens, von Esau-Oschersleben-Bode. (D. m. W., 1925, Nr. 2, S. 70.) Der Pat. wies eine leichte Schwellung der rechten Hodensackhälfte auf, der Hoden fühlte sich teigig an, war kaum vergrößert und wenig empfindlich. Nach Freilegung des Hodens zeigte es sich, daß das Hodengewebe gar nicht blutete und einen gelblichen Farbenton mit roter Beimischung aufwies. Histologisch wurde anämischer Infarkt festgestellt, ohne daß sich eine Ursache am Ort der Erkrankung oder am Samenstrang ergab. F. Harry-Wiesbaden.

Ein Beitrag zur Lehre von den Geschwülsten der Scheidenhäute des Hodens, von H. Günther. Path. Inst. Allg. Krkhs. Eppendorf, Hamburg. (Virch. Arch., 1924, Bd. 253, H. 3, S. 679.) Verf. geht kurz auf die Literatur der Hodengeschwülste ein und beschreibt dann erstens einen Fall von Spindelzellensarkom mit zahlreichen Riesenzellen, welches von den Hodenhüllen ausgeht, zweitens einen Fall von Leiomyom, das nach Ansicht des Verf. den glatten Fasern des M. cremaster int. entstammte. Derartige Fälle sind bisher noch nicht beschrieben worden. O. A. Schwarz-Berlin.

Über den Wert der Steinachschen Operation beim Senium praecox, von R. F. Weiss-Berlin. (D. m. W., 1925, Nr. 4, S. 152.) Die Steinachsche Operation beeinflußt das normale Altern in keiner Weise. Am ehesten wäre ein Einfluß auf das Senium praecox möglich, da die Erkrankung auf einer reinen Unterfunktion der Keimdrüsen beruht. Jedoch gerade bei dieser Krankheit führt die interne Therapie mindestens ebenso gut wie eine Operation zum Ziel. F. Harry-Wiesbaden.

Spermainvasion, von F. Orsós-Debreczen. (Vortr. geh. i. d. Debreczener Ärzteverein; Orv. Hetilap, 1924, Nr. 51.) Bei der Untersuchung des exstirpierten Hodens eines 37jähr. Mannes, der nie eine Genitalerkrankung und ein Trauma erlitten hat. Histologisch: Neben dem Korpus des Nebenhodens war das Feld mit Spermien besät, die am Rande des Herdes extrazellulär, in der Mitte intrazellulär in den Geweben gelagert waren. Eine Phagozytose war nicht zu bemerken. Der Verf. meint, daß die Spermien durch aktive Bewegung dahin geraten seien. Die Spermien waren anscheinend intakt. M. Porosz-Budapest.

Über die aus dem menschlichen Sperma isolierte Base Spermin, von F. Wrede-Greifswald. (D. m. W., 1925, Nr. 1, S. 24.) Verf. hat eine mit dem Spermin Schreiners identische Base aus menschlichem Sperma in Form eines kristallisierten Chloroaurats isoliert. Das Spermin hat die Formel $C_{10}H_{26}N_4$. Beim Erhitzen zeigt es typischen Spermageruch. F. Harry-Wiesbaden.

d. Nieren, Ureteren, Harn.

Ureterverzweigung — Röntgendiagnose, von R. Holits-Budapest. (Orv. Hetilap, 1924, Nr. 46; Krankenvorstellung in dem Budapester Kön. Ärzteverein.) Ein 44jähr. Mann hatte Nervenschmerzen und Hämaturie. Die Zystoskopie und Funktionsprüfung waren negativ. Die Röntgenpyelographie zeigte eine große Niere mit verzweigten Ureteren und doppeltem Nierenbecken. Bei der Operation stellte es sich heraus, daß es zwei Nierenbecken waren, voneinander getrennt, und daß das untere Becken aus mehreren haselnußgroßen, mit Eiter gefüllten Säcken zusammengesetzt war, welche auch Konkremente in sich schlossen. Ähnliche 2 Fälle sah J. Farkas, wo beide Nieren mit doppeltem Becken ausgerüstet waren. Der Urin war eitrig ohne funktionelle Ausfallserscheinungen. M. Porosz-Budapest.

Digitized by Google

Die Ambardsche Harnstoffausscheidungskonstante (Constante uréosécrétoire d'Ambard), von J. Tonnet. (Progr. méd., 1925, Nr. 1, S. 17—18). Es ist zweckmäßig, die ursprüngliche Ambardsche Formel unter Ablehnung vorgeschlagener Abänderungen unverändert beizubehalten. E. Levin-Berlin.

e. Weibliches Genitale.

Radium bei Verletzungen der weiblichen Harnröhre (Radium in Lesions of the Female Urethra), von L. A. Pomeroy und F. W. Milward-Cleveland. (Am. J. of Roentgenology, 1924, Bd. 12, H. 6, S. 524.) Bei örtlichem Granulom der weiblichen Harnröhre ebenso wie bei einem Prolaps derselben ist Radiumbehandlung angezeigt. Die jetzige Methode des Verf. besteht zunächst in einer Probeexzision in Stickoxydulnarkose mit nachfolgender Verschorfung der Wundfläche mittels Elektrokaustik. Es werden dann 50 mg RaEl mit 0,5 mm Silber + 1 mm Messing + 1 mm Gummi gefiltert, in die Harnröhre eingeführt und der Urethralkanal mit Stahlnadeln von je 5 mg Inhalt umstochen. Das Radium bleibt 5 Std. lang an Ort und Stelle; eine Sitzung genügt. Weiter wird ein Fall von Karzinom der weiblichen Harnröhre mitgeteilt, bei dem die Radiumbehandlung und später die Elektrokaustik den Tumor zum Verschwinden brachte. (Beobachtungsdauer 1 Jahr.) H. Holthusen-Hamburg.

Die Behandlung der Kolibakteriurie bei jungen Mädchen, von F. Voelcker-Halle. (Zschr. f. urol. Chir., 1925, Bd. 17, H. 1/2, S. 105.) Bei der chronischen Zystitis der weiblichen Säuglinge und jungen Mädchen handelt es sich meist nicht um eitrige Zystitiden, sondern um Kolibakteriurien, d. h. man findet im Urin eine diffuse staubförmige Trübung, die aus massenhaften, in dem Urin wachsenden Kolibakterien besteht. Eiter fehlt oft ganz oder findet sich nur in mikroskopischen Spuren, auch finden sich keine chemischen Veränderungen des Urins. Oft bestehen nicht einmal wesentliche Urinbeschwerden, oft überhaupt keine subjektiven Klagen. Eine gewisse vermehrte Häufigkeit des Urinlassens ist das einzige Symptom, doch ist dieses nur bei genauer Beobachtung festzustellen. Auch das Bettnässen ist mitunter auf diese Erkrankung zurückzuführen, da anscheinend ein gewisser Urindrang besteht. Mitunter ist das Krankheitsbild auch weniger harmlos und es kommt zu fieberhaften Pyelitisanfällen mit Schmerzhaftigkeit und Anschwellung einer oder beider Nieren, mitunter tritt das Fieber ohne lokale Erscheinungen auf, dann ist die Diagnose besonders schwierig. Für die Entstehung werden drei Wege, der hämatogene, der lymphogene von der Flexur und der exogene Weg angenommen. Bemerkenswert ist, daß die Krankheit sehr leicht chronisch wird, sogar trotz eingehender Behandlung ist eine Heilung selten. Innere Harndesinfizientien helfen im allgemeinen wenig; die üblichen Trinkkuren lassen ebenfalls im Stich, ebenso die Durstkuren, die eine Konzentration des Urins bezwecken sollen. Blasenspülungen haben selten dauernden Erfolg. Subkutane Injektionskuren mit polyvalenter oder autogener Vakzine lassen im Stich. Verf. beobachtete, daß die kleinen Mädchen meist auch etwas Ausfluß aus der Scheide haben, und daß in der Scheide dieser Kinder auffallend viel Sekret ist, das einen deutlich urinösen Geruch hat, massenhaft Kolibakterien enthält und alkalisch reagiert. Es findet also ein Einfließen des Urins in die Scheide statt, und hier sitzt die Brutstätte der Kolibakterien. Verf. hat deshalb auch die Scheide mitbehandelt und ist hier mit sauren Flüssigkeiten, z. B. 1%iger essigsaurer Tonerde, 5—10 ccm eingespritzt, zum Ziel gekommen. Da nämlich das Scheidensekret an und für sich alkalisch reagiert, so müssen schon kräftig saner reagierende Flüssigkeiten benützt werden. Die Tonerdelösung wird jedesmal durch Verdünnung einer 8%igen Stammlösung frisch zubereitet. Diese Spülung jeden Tag einmal ausgeführt. Der Erfolg war ganz verblüffend. Der Urin wurde schon nach Tagen klar, so daß bald die Scheidenspülungen weggelassen werden konnten. Jetzt wurden nur einmal täglich die äußeren Genitalien mit der Tonerde berieselt. Auch bei Fällen mit Pyelitis muß gleichzeitig diese Behandlung stattfinden. A. Rosenburg-Mannheim.

Nachdruck (auch des Abschnittes „Tagesg. Nachr.") ist ohne Genehmigung des Verlegers nicht erlaubt.

Verantwortlich für die Redaktion: für Originalabhandlungen und T. N.: Prof. Dr. J. H. Rille, Leipzig. Für den Referatenteil: Dr. M. Unna, Hamburg-Bergedorf.

Digitized by Google

Dermatologische Wochenschrift

Nr. 26 (Bd. 80) 27. Juni 1925

Aus der äußeren Abteilung des Stadtkrankenhauses Dresden-Friedrichstadt
(Dirigierender Arzt: Prof. Dr. Werther).

Beitrag zur Krysolganbehandlung des Lupus erythematodes.

Von

Dr. Friedrich Heise, Assistent der Abteilung.

Die Idee, Tuberkulose mit Gold zu behandeln, ist alt und läßt sich auf Robert Koch zurückführen. 1913 erschien als erste Veröffentlichung über die Resultate der Goldbehandlung eine Arbeit von Feldt: „Zur Chemotherapie der Tuberkulose mit Gold". Krysolgan wurde vom gleichen Autor 1916 in die Therapie eingeführt.

Der Lupus erythematodes wurde von vielen Autoren lange Zeit als Tuberkulid bzw. als der Tuberkulose nahe stehende Erkrankung der Haut angesehen; und wenn diese Ansicht auch zur Zeit als nicht mehr zutreffend zu bezeichnen ist, war es doch naheliegend, Krysolgan versuchsweise auch zur Behandlung des Lupus erythematodes zu verwenden. Heute wird der Lupus erythematodes nicht mehr als einheitliches Krankheitsbild aufgefaßt, da ein Zusammenhang mit Tuberkulose nur hier und da beobachtet, in der großen Mehrzahl der Fälle aber vermißt wurde (Zieler, Jadassohn). Martenstein ist der erste, der über Erfolge mit Krysolgan bei Lupus erythematodes berichtet. Seit Martensteins Arbeit sind eine ganze Zahl Veröffentlichungen erschienen, die sich mit dem gleichen Gegenstand befassen. Trotzdem will es scheinen, daß auch heute noch die Ansichten über den Wert des Krysolgans sehr divergieren und selbst in diesem „ersten chemischen Spezifikum gegen Lupus erythematodes" (Levy, Ullmann) die Panacee gegen dies hartnäckige und entstellende Leiden noch nicht gefunden ist.

Auch die Wirkungsweise des Krysolgans ist keineswegs restlos aufgeklärt. Ullmann nimmt eine Katalyse und Adsorption an tuberkulöse Strukturen an; auch Levy meint, daß die Erreger nicht direkt angegriffen werden, sondern daß das durch Toxinwirkung erzeugte Gewebe durch Krysolgan geschädigt und damit dem Körper ein starker Impuls zur Bildung von Antikörpern gegeben wird, unter deren Einfluß erst die Bazillen abgebaut werden. Dadurch kommt es im Herde zur vorübergehenden Anhäufung von gefäßerweiternden und — in selteneren Fällen — zu verengernden Eiweißabbauprodukten und je nach dem Vorwiegen eines dieser antagonistisch wirkenden Spaltlinge entweder zur „negativen" Abblassungs- oder zur klassischen „positiven" entzündungssteigernden

Digitized by Google

Herdreaktion. In dieser indirekten Wirkung glaubt man auch eine Erklärung für die differente Wirkung bzw. Unwirksamkeit auf die verschiedenen Formen der Tuberkulose zu finden, insofern als Krysolgan nur auf bazillenarme aber gewebsreiche äußere Tuberkulosen und Tuberkulide zu wirken imstande ist, während bazillenreiche aber gewebsarme Formen, z. B. Lupus vulgaris, Phthisis pulmonum, nicht beeinflußt zu werden pflegen. Es handelt sich somit um keine parasitotrope (ätiotrope), sondern indirekt katalytische bzw. nosotrope Wirkung auf das Gewebe, wodurch erst sekundär die Autolyse und der Abbau der Tuberkelbazillen beschleunigt wird. Die Wirkung des Krysolgans wäre danach also eine zweifache: 1. als Spezifikum, gerichtet gegen spezifisches Granulationsgewebe, 2. als Schwermetallsalz, die Antikörperbildung anregend.

Wie allen Schwermetallsalzen fehlt es dem Krysolgan nicht an toxischen Eigenschaften, und dieser Umstand ist es, der in erster Linie eine reine Freude an dem neuen „Spezifikum" gegen den Lupus erythematodes nicht aufkommen ließ. Martenstein, der bisher über die größte Anzahl von Fällen Material veröffentlichte, hat folgende Liste unerwünschter Nebenwirkungen angegeben: toxische Exantheme verschiedenster Art, Stomatitis, Enteritis, Gastritis, Gliederschmerzen, Ödem von Händen und Füßen, Nephritis und endlich Spätikterus. Doch nicht nur das; leider sind auch bereits mehrere Todesfälle nach Krysolganbehandlung gemeldet. So Stein, der nach 3 Injektionen (0,5—0,1—0,1) einen Exitus beobachtete, ferner Bruhns, der über einen Todesfall berichtet, der 44 Stunden nach einer Krysolganinjektion (Dosis 0,001) eintrat und bei der Sektion akutes Ödem des Gesichts, des Kehlkopfes und des mediastinalen Gewebes sowie akute Nephritis bei bestehender Schrumpfniere aufwies. Wenn dieser Fall vielleicht auch mit Recht als Krysolganidiosynkrasie aufgefaßt wurde, ist es doch zu verstehen, wenn Tryb, nachdem er schwerste Disseminationserscheinungen eines Lupus erythematodes nach Krysolgan beobachtete, diese Behandlung vollkommen ablehnt, Volk sie für ganz besonders renitente Fälle von Lupus erythematodes reserviert. Daß eine genaue Urinuntersuchung und eine Blutuntersuchung auf Eosinophilie vor jeder Krysolganinjektion gefordert wird (Martenstein u. a.), ferner während der Kur sorgfältige Mund- und Zahnpflege neben gründlicher Beobachtung der Haut und Schleimhäute verlangt wird, ist als Vorsichtsmaßregel wohl durchaus berechtigt.

Die Dosierung wird von den einzelnen Autoren verschieden angegeben, immerhin scheinen allgemein mit Rücksicht auf die Toxizität des Krysolgans die hohen Dosen endgültig verlassen zu sein. Martenstein empfiehlt 0,05—0,1, in einer neueren Arbeit warnt er vor dem Überschreiten der Dosis 0,1 und fängt mit kleinsten Dosen (Milligramme) an; von Levi werden 0,01—0,02 als Anfangsdosis angegeben. Kombination mit Hg salicylat. 0,01 intram. erwies sich uns als wirkungslos. Für die Gesamtmenge Krysolgan, die zur Heilung erforderlich ist, lassen sich allgemeingültige Zahlen nicht angeben. Zwischen den einzelnen Injektionen liegt ein Intervall von 8—10—14 Tagen. Wie von der größeren Mehrzahl von Autoren angegeben, war auch in unseren Fällen meistens, jedenfalls soweit sie der Krysolganbehandlung zugänglich waren, eine Herdreaktion 24—48 Stunden p. i. festzustellen, während Allgemeinreaktionen sich auf

Digitized by Google

Ausnahmefälle beschränkten und uns veranlaßten, mit der nächsten Einzeldosis nicht zu steigen bzw. herabzugehen. Todesfälle oder bedrohliche Zustände und ernstere Erkrankungen haben wir nach Krysolgan nicht beobachtet. Hervorzuheben ist, daß auch wir häufig nach kleinen Dosen bessere Erfolge sahen als nach großen bzw. beim Heruntergehen mit der Dosierung Fälle günstig beeinflußt wurden, die sich bei hohen Dosen 0,1—0,3 als refraktär erwiesen.

Die Resultate der Behandlung sind aus den nachfolgenden Auszügen aus Krankengeschichten ersichtlich; bei der geringen Anzahl — andere Fälle von Lupus erythematodes wurden einer Schälbehandlung oder anderen bewährten Methoden, eventuell auch in Kombination mit Krysolgan, unterworfen —, die bislang bei uns mit Krysolgan allein behandelt wurde, erübrigt sich eine prozentuale Berechnung. Immerhin wurde bei uns ein so günstiges Resultat, wie es Martenstein mit 66⅔% Heilung + 14,5% an Heilung grenzende Besserung angegeben hat, nicht erzielt. Da die Kranken sämtlich der Ambulanz angehören, die Beobachtungszeit eine zu kurze ist, läßt sich über Dauerresultate noch nichts sagen und nur hoffen, daß sich die Patienten sowohl im Falle der Heilung wie des Rezidivs unserer Kontrolle stellen.

Übermäßige Pigmentationen, von denen Ullmann berichtet, sahen wir bei den geheilten Patienten nicht. Nach unseren Beobachtungen ist das Krysolgan leider keineswegs das ersehnte sicher wirkende Heilmittel gegen den Lupus erythematodes; eher möchten wir uns dem Urteil Friends anschließen, der die Krysolganbehandlung als wohl brauchbare Methode ansieht, die nicht absolut verläßlich und frei von Nebenwirkungen ist, und hinzufügen, daß in manchen Fällen kleinere Dosen von Erfolg sind, selbst dort, wo größere Dosen sich unwirksam zeigten.

Besonders schlecht scheinen Fälle zu heilen, die stärkere hyperkeratotische Auflagerungen zeigen. Empfehlenswert ist die Kombination von Krysolganinjektionen mit den alten, mehr oder weniger bewährten Behandlungsmethoden.

1. D. J. Lupus erythematodes. Ausdehnung: Drei etwa pfennigstückgroße, erythematöse, mäßig mit Schuppen bedeckte Herde auf dem Nasenrücken.
Bestand: seit ¼ Jahr. Komplikationen: Apicitis tbc. sin.
Behandlung: 6mal 0,005 Krysolgan intravenös (alle 10 Tage). Nach jeder Injektion erkennbare Herdreaktion, nach der 3. Injektion Schmerzen und Stiche zwischen den Schulterblättern beim Atmen, besonders links, deswegen keine Änderung der Dosis. Klinisch keine nachweisbare Provokation der Apizitis.
Erfolg: Langsames Abheilen der Herde von der Peripherie aus. Behandlung noch nicht abgeschlossen.

2. Schw. H. Lupus erythematodes. Ausdehnung: Herde an Ober- und Unterlippe, Stirn und Kopfhaut; erythematös mit Schuppen und Krusten, stellenweise erodiert.
Bestand: seit 9 Jahren. Komplikationen: Alte Pleuritis dextr. lat.
Behandlung: 5mal 0,05 Krysolgan jeden 10. Tag. Nach der letzten Injektion 3 Tage starke Rückenschmerzen, Ödeme der Beine und Durchfall (8 Tage dienstunfähig). 10 Wochen Pause. 2mal 0,025 und 5mal 0,005 in gleichen Intervallen wie zu Anfang. Keine Allgemeinreaktion mehr.
Erfolg: Nach jeder Injektion Herdreaktion innerhalb von 48 Stunden; die Herde sind nahezu vollkommen mit Atrophie der Haut abgeheilt. Lippenherde ebenfalls wesentlich gebessert, nicht abgeheilt.

3. P. K. Lupus erythematodes. Ausdehnung: Kleine erythematöse Herde an beiden Ohren, Nasenwurzel, Wangen, Fingerrücken beiderseits mit geringer Krusten- und Schuppenbildung.

Digitized by Google

Beginn: vor 2 Jahren. Komplikationen: keine.

Behandlung: 12mal Dosis II—V, 5mal kombiniert mit Hg salycilat. 0,01 (alle 10 Tage). Langsame Besserung danach. Nach 5 Monaten Rezidiv an der Nasenwurzel und rechten Wange dicht unterhalb des Auges. 4mal Dosis I. Nach den hohen Dosen trat mehrmals 1—2 Tage anhaltendes Fieber bis 39° mit Schüttelfrösten, Schwindel und Zylindrurie ohne anhaltende Störungen auf.

Erfolg: Langsames Abheilen der Herde vom Zentrum aus, meist positive Herdreaktion nach den großen Dosen. Rasches Abheilen der Rezidivherde durch kleine Dosen.

4. A. St. Lupus erythematodes. Ausdehnung: Erythematöse, wenig schuppige Herde auf beiden Wangen, linker Augenbraue, beiden Ohrmuscheln und auf der Streckseite der Grundphalange der drei letzten Finger beider Hände.

Beginn: vor 26 Jahren. Komplikationen: keine.

Behandlung: 5mal Dosis I—V in 10tägigem Intervall. 3 Monate Pause. 5mal Dosis I in gleichem Intervall. Einmal trat unmittelbar nach der Injektion Dosis V vorübergehende Schwäche und Übelkeit auf.

Erfolg: Bei den großen Dosen langsame Besserung der Herde im Gesicht, die Hände sind nach der 5. Injektion geheilt. Nach den weiteren kleinen Dosen rascheres Abheilen der Restherde.

5. E. M. Lupus erythematodes. Ausdehnung: Beide Wangen und Hals mit wenig erhabenen, schuppenden, zum Teil stärker hyperkeratotischen, erythematösen Herden übersät; disseminierte, stark schuppende Herde an beiden Ohrmuschelrändern.

Beginn: vor 1 Jahr. Komplikationen: keine.

Behandlung: 22mal Dosis III—V, 0,3—0,0025, in 10tägigem Intervall. Meist Herdreaktion (auch nach den kleinsten Dosen!), keine Allgemeinreaktion.

Erfolg: sehr gering. Am linken Kinn sind während der Behandlung neue Herde aufgetreten, während von den alten nur wenige mit Atrophie der Haut abgeheilt, die übrigen höchstens etwas abgeblaßt sind. Kein wesentlicher Unterschied der Reaktion bei den verschiedenen Dosen.

6. R. Sch. Lupus erythematodes. Ausdehnung: symmetrische Herde an der Stirn, Nase und beiden Wangen, disseminiert an rechter Ohrmuschel, linkem Scheitelbein. Starke Hyperkeratosen.

Beginn: vor 8 Jahren. Komplikationen: Tbc. pulmon. und Hämophilie.

Behandlung: 5mal Dosis II—V (alle 14 Tage), die letzte kombiniert mit 0,01 Hg salycilat. intramuskulär. Nach der intramuskulären Injektion Auftreten eines umfangreichen, sehr schmerzhaften Hämatoms der Glutäalmuskulatur.

Erfolg: Keine Herd- oder Allgemeinreaktion. Kein Erfolg.

7. E. R. Lupus erythematodes. Ausdehnung: Erythematöse, schuppende Herde im Gesicht, Stirn, Nase, an beiden Ohrmuschelrändern, auf den Streckseiten der Grundphalangen der 2 letzten Finger links und 3 letzten Finger rechts.

Beginn: vor 20 Jahren. Komplikationen: keine.

Behandlung: 1mal 0,05, 4mal 0,1. In jedem Falle Herdreaktion innerhalb der nächsten 24 Stunden post injectionem. Keine Allgemeinreaktion oder Nebenwirkung.

Erfolg: Die Herde sind teils frei von Schuppen, teils abgeblaßt. Gut gebessert, keine Heilung.

8. L. P. Lupus erythematodes. Ausdehnung: Symmetrische bis pfennigstückgroße Herde auf beiden Wangen, disseminierte kleinere Herde auf dem behaarten Kopf und rechten Augenlid. Komplikationen: keine.

Behandlung: 2mal 0,1 in 10tägigem Intervall.

Erfolg: Heilung.

Digitized by Google

Über Helminthen bei Hautkrankheiten und ihre Behandlung.

Von

Geh. San.-Rat Dr. Josef Schütz in Frankfurt a. M.

Bereits 1900, im meinem 2. Beitrag über Akne und den seborrhoischen Zustand im Arch. f. Derm., Bd. 51, habe ich bei Besprechung der Acne rosacea centralis eines Falles erwähnt, bei dem diese Erkrankung durch das Auftreten von Askariden kompliziert war.

Ein Fräulein von 30 Jahren mit starker Akne rosacea 2. Grades erklärte bei Aufnahme der Anamnese, daß sie an keinerlei Magen- oder Verdauungsstörungen leide. Da die Rosacea centralis nach meinen Erfahrungen stets reflektorisch von einer Erkrankung der Digestionsorgane erzeugt wird, ordnete ich trotz des negativen Befundes an Magen und Darm außer der lokalen Therapie innerlich Thymol und Salzsäure an. Folgenden Tags erbrach die Patientin ein Bündel Spulwürmer. Ich ließ die Therapie mit kurzen Unterbrechungen wochenlang fortsetzen. Die Rosazea besserte sich auffallend. Die Askariden, die, wie sich später herausstellte, jahrelang allen möglichen Kuren getrotzt hatten, verschwanden dauernd.

Vor $1^1/_2$ Jahren bekam ich ein Dienstmädchen in Behandlung mit einer chronischen pemphigusartigen Erkrankung. Seit Monaten bildeten sich bei ungestörtem Allgemeinbefinden vereinzelte Blasen von Kirsch- bis Pflaumengröße auf der Haut an den verschiedensten Stellen des Körpers, ohne entzündliches Vorstadium, ohne Mitbeteiligung der Schleimhäute. Diese Blasen entleerten sich nach mehreren Tagen, und die mehr oder weniger bloßliegende Haut heilte jedesmal unter Salbenverband ab. Die eingetragene Verlegenheitsdiagnose pemphigoide Hauterkrankung befriedigte mich nicht. Ein Erythema exsudativum bullosum konnte nicht vorliegen. Da entzündliche Vorstadien, Beteiligung des Allgemeinbefindens, Schleimhautaffektion zu keiner Zeit aufgetreten waren. Herpes hystericus, Artefakte konnten sicher ausgeschlossen werden. Arzneiwirkungen bezüglich Nachwirkungen — ich sah viermal Analoges nach selbstherrlichem Gebrauch von Aspirin, und auch in der Literatur sind solche Fälle erwähnt — waren ebenfalls auszuschließen. So stand ich vor einem Rätsel, bis gelegentlich die Patientin erwähnte, daß sie seit früher Kindheit an Würmern (Askariden) leide, gegen die sie nichts mehr unternehmen wolle, da bei ihr sonderbarerweise nichts nutze. Santonin mit Kalomel, das ich nun anwandte, ergab auch jetzt keinen dauernden Erfolg. Ich konnte feststellen, daß jedesmal beim Auftreten von Würmern bei der Patientin ein zwar bekanntes aber seltenes Symptom sich zeigte: Jucken in der Nase, und bald darauf 1 bis 3 Blasen auf der Haut an wechselnden Stellen. In Erinnerung an den ersterwähnten Fall gab ich schließlich auch hier versuchsweise Thymol innerlich, und zwar nicht als Pulver in grosen Dosen (0,25—0,5), wie es als Antihelminthikum empfohlen ist, sondern gelöst in kleinen Mengen, wie sie Ungar mit großem Erfolg gegen die Brechdurchfälle der Kinder angewandt hat. Ich gab Rp.: Thymoli 0,25, S. i. Spiriti Vini 25,0, deinde[1]) adde Aqu. ad 150,0, S.: mehrmals täglich einen Eßlöffel mit Wasser zu nehmen. Den schlechten, scharfen Geschmack wird man leicht durch Nachtrinken einer heißen Flüssigkeit los. Darauf erschienen Würmer und Blasen sehr bald seltener, die Würmer oft tot. Schließlich blieben sie dauernd weg, bis jetzt über 1 Jahr.

Man lernt aus diesen 2 Beispielen, 1. daß der gewöhnlich harmlos auftretende Spulwurm unter Umständen auch hartnäckig sein kann, 2. daß die Patienten diesem Leiden gegenüber eine ganz außergewöhnliche Indolenz zeigen und selbst bei der Anamnese, wenn man seine Fragen nicht

[1]) Es ist wichtig, daß Thymol lege artis zuerst in Spiritus vollkommen gelöst ist, ehe Wasser zugesetzt wird, sonst löst es sich trotz allen Schüttelns nicht; statt einer blanken Lösung entsteht eine opale Mischung oder es schwimmen fettaugenähnliche Thymolteilchen darauf, die eventuell die Schleimhäute stark reizen.

Digitized by Google

ganz speziell stellt, über Wurmaffektionen nichts berichten, 3. daß gewisse Hautkrankheiten mit der Erkrankung der Askariden in direktem Zusammenhang stehen.

Bei einem 3. Fall handelt es sich um eine Acne varioliformis der Stirn eines 52jährigen Mannes. Die Krankheit besserte sich zeitweise unter Zinnobersalbe und Amaris. Im ganzen aber nahm die Erkrankung unter Änderung ihres ursprünglichen Charakters an Ausbreitung über Gesicht und Hals zu, indem sich dort jodakneartige Knoten in diffuser Anordnung zeigten. Auch in diesem Falle bekannte erst im späteren Verlauf der Erkrankung unser Patient, daß er seit Jahren von einem Bandwurm heimgesucht sei und schon drei angreifende Kuren hinter sich habe. Von einer nochmaligen Kur wollte er nichts wissen. Ich verordnete das Funksche Bandwurmmittel, das große Mengen des Wurmes abtrieb. Kopf nicht auffindbar. Nach $3^1/_2$ Monaten Rezidiv und nochmalige Kur mit demselben Mittel. Danach keinerlei Abgänge von Proglottiden mehr seit $^3/_4$ Jahren. Während Appetit und Stuhl bald wieder in Ordnung kamen, blieben die Akneknoten, sogar nach einer vorübergehenden Verschlimmerung, noch einige Monate bestehen. Es wurde mit Zinnobersalbe weiterbehandelt, dann auch innerlich Thymol und Salzsäure gegeben. Darauf große Besserung; zur Zeit wenig mehr zu sehen.

In meiner Arbeit „Über die Symptomatologie und Ätiologie der Urticaria papulosa infantum (Strophulus) speziell deren Beziehung zur Erkrankung an Oxyuren" (M. m. W., 1920, Nr. 10, S. 291) habe ich mitgeteilt, daß Oxyuren häufig nicht nur bei Kindern die Ursache des Strophulus sind, sondern daß auch bei Erwachsenen durch Oxyuren Pruritus localis namentlich analis, scrotalis, pudendalis entsteht. Das gerade bei Kindern so häufige Auftreten habe ich l. c. mit dem bei Kindern niedrigen Salzsäuregehalt des Magens erklärt. In den letzten Jahren sind auch bei Erwachsenen die Komplikationen von Hautkrankheiten und Oxyuriasis stark im Zunehmen. Zum Teil mag das an einer verschärften Beobachtung liegen. Andernteils glaube ich, daß die Verschlechterung der Ernährungsbedingungen und deren Folge mit Anteil haben. Daß heute ein großer Teil der deutschen Bevölkerung infolge der verschärften Arbeitsbedingungen, der vielfach durchgehenden Arbeitszeit, statt einem Mittagessen nur Unmengen von Brot und etwas Fleischdauerware genießt, führt zu einer Schädigung der Verdauungsorgane, die der Entwicklung der Oxyuren sicher förderlich ist. Wenn man nachsieht, welche Personen in einem mit Oxyuren infizierten Haushalt wurmfrei geblieben sind, so sind es immer diejenigen, welche sich der gesundesten Nahrung und dito Digestionsorgane erfreuen konnten. Am meisten waren Kinder und Frauen wurmkrank. Nicht selten bestand das Wurmleiden Jahre und Jahrzehnte mit längeren Unterbrechungen. Ein Teil der Kranken waren ein- oder mehrmals als geheilt aus früherer Behandlung entlassen worden. Die Hautaffektionen waren: Pruritus localis — bei Kindern und Erwachsenen — Pruritus scrotalis, analis, pudendalis mit und ohne Ekzem, sodann Pruritus cutaneus corporis, in einem Fall kompliziert mit Lichen spl. chron. der Beine, zu allermeist: eine eigenartige, juckende Hautkrankheit die bald dem Bilde der Urticaria chron. papulosa (Strophulus), bald der Skabies und „Pseudoskabies" nahestand. Es gehört fast mit zum Symptomenkomplex, daß vorher schon einmal die Diagnose Krätze gestellt wurde. Gerade die letztere Gruppe war es, die mich nach erlangter Übung den erstaunten Patienten prima vista ihr Wurmleiden zusagen ließ, wobei mich die eigentümlich zerstreute Anordnung und die Polymorphie der Effloreszenzen stützte.

Digitized by Google

Nun ein Wort zur Therapie der Oxyuren: Verhütung von Autoinfektion durch die bekannten Reinlichkeitsmaßregeln, mehlarme Kost, Einführung von Nahrungsmitteln, die auf den Abgang von Würmern anerkannten Einfluß haben, wie rohe gelbe Rübchen, Zwiebeln, Lauch, Knoblauch, rohes Sauerkraut, ungewässerte Heringe, Kaviar, wirken unterstützend bei jederlei Kur. Die fabrikmäßig hergestellten vielen Wurmmittel gegen Oxyuren wirken, soweit ich sie angewandt habe, nicht ausreichend. Infolgedessen habe ich versucht, das — für Kinder namentlich — schwer in Lösung einzunehmende Thymol in Öl gelöst (Thymol. 3,0, Ol. Terebinth. 30,0, S.: in 1 Liter Sesamöl zu Klistieren zu verwenden) als Kussmaul-Fleinersche Ölklistiere direkt in den Darm zu bringen. Doch bei mehrwöchentlicher konsequenter Anwendung gab es auch nur Scheinerfolge. In einigen Fällen waren gleich nach den ersten Klistieren die Würmer wie verschwunden. Man fand weder tote noch lebende, während bei einer Frau z. B. örtliche Wurmbeschwerden im Bauch nach wie vor bestehen blieben. Ich habe dann die beschriebene schwache Thymollösung per os verabfolgt, daneben als Getränk tagsüber 0,3%ige HCl-Lösung und habe hierbei bis jetzt von allen versuchten Mitteln am meisten erreicht. Die Salzsäurezufuhr scheint mir dabei recht wesentlich zu sein und im Magen eine ähnliche Rolle zu spielen, wie seinerzeit bei von Pettenkofer, als er eine Reinkultur von Cholera-nostras-Bazillen ohne Schaden zu sich nahm. Daß Thymol innerlich gegeben durch den ganzen Intestinaltraktus hindurchgeht, kann man bei den großen Dosen (0,25—0,5—1,0 und darüber) deutlich erkennen, wie sie bei Helminthen gebraucht wurden, da alsdann ein Brennen am After entsteht. Diese große Dosen sind leicht toxisch, wenn die Nahrung Lösungsmittel für Thymol (Alkohol, Öl) enthält. Ich nehme an, daß Thymol in unserem Falle durch Beseitigung der abnormen Gärungen im Magen und Darm wirkt und ein Optimum der Verdauungstätigkeit bewirkt. Hierzu reicht die genannte schwache Lösung vollständig aus.

Zur Methodik der Meinicke-Mikroreaktion (zugleich ein Beitrag zur Kenntnis der Reaktionsbedingungen der MTR).

Bemerkungen zu der gleichnamigen Arbeit von Dohnal in Nr. 10 u. 11 dieser Wochenschrift.

Von

Dr. Ernst Meinicke in Hagen-Ambrock.

Die Ausführungen Dohnals können nicht ganz unwidersprochen bleiben. Er hat sie selbst ja schon in seiner Nachschrift wesentlich abgeschwächt. Einige prinzipielle Punkte müssen aber doch erörtert werden.

Wenn jemand eine neue klinische Laboratoriumsmethode veröffentlicht, so stellt die Technik, die er empfiehlt, stets ein Kompromiß dar. Es ist nie möglich, eine biologische Methode einfach und doch so zu gestalten, daß sie restlos für alle Fälle das Optimum des Möglichen darstellt. Der Autor darf aber sein Verfahren nicht durch das Verlangen von allzu zahlreichen Kontrollproben usw. zu umständlich machen. Es soll

Digitized by Google

ja ein praktisches Verfahren sein. Er muß also diejenige Versuchsanordnung wählen, die nach seiner Erfahrung sich im Durchschnitt für den vorliegenden Zweck am besten eignet. Er ist sich aber dabei bewußt, daß ein kleiner Bruchteil der Fälle bei dieser Technik nicht optimale Reaktionsbedingungen findet. So stellen meine Vorschriften zur Anstellung der MTR und der Meinicke-Mikroreaktion selbstverständlich auch nur ein solches Kompromiß dar und sind der praktische Niederschlag sehr umfangreicher Versuche über beste Dosierung, Temperaturverhältnisse usw., wenn das auch im einzelnen nicht immer besonders hervorgehoben ist.

So ist es mir natürlich bekannt, worauf Dohnal Wert legt, daß in MTR und Mikro nicht alle Seren genau bei dem Verhältnis von 1 Teil Serum und 5 Teilen Extraktverdünnung ihr Reaktionsoptimum haben. Ich stimme vielmehr vollkommen mit Dohnal darin überein, daß einige Sera besser bei geringeren, andere wieder besser bei höheren relativen Extraktmengen reagieren. Ich habe mich aber in sehr großen Reihenversuchen immer wieder davon überzeugt, daß es im Durchschnitt doch gleichgültig ist, ob man für jedes Serum das Optimum wählt oder nicht. Der praktische Nutzen war zu gering, wenn man, wie z. B. Kahn es tut, mit verschiedenen relativen Mengenverhältnisssen gleichzeitig arbeitete. So empfahl ich schließlich für die Praxis nur das feste Verhältnis von 1 Teil Serum zu 5 Teilen Extraktverdünnung. Denn bei diesem wurde stets im Durchschnitt das beste Versuchsergebnis erzielt.

Das gleiche gilt von den Temperaturverhältnissen. Aus meiner Arbeit in Nr. 4 der Medizinischen Klinik, 1925, und aus der Gebrauchsanweisung, die den Extrakten von der Hagener Adler-Apotheke beigegeben wird, geht klar hervor, daß etwa 20° C die empfehlenswerteste Reaktionstemperatur ist. Ein Abweichen nach oben oder unten gibt bei einigen Seren etwas schärfere Resultate, bei anderen aber schwächere. Der beste Durchschnitt liegt bei 20° oder eine Kleinigkeit darüber. Es ist also nichts prinzipiell Neues, wenn Nachuntersucher diese Verhältnisse besonders studieren. Vielmehr muß man immer voraussetzen, daß der Schöpfer einer neuen Methode das auch schon selbst getan hat.

Im einzelnen möchte ich zu der Dohalschen Veröffentlichung folgendes sagen: Seine neue Methode, Serum und Extrakt in den Kapillaren zu mischen, scheint mir reichlich umständlich zu sein. Am einfachsten ist zweifellos mein Ösenverfahren. Das Arbeiten mit geeichten Platinösen macht die Mikroreaktion erst zu einer einfachen, praktisch brauchbaren Laboratoriumsmethode. Will man sie noch sicherer gestalten, kann man ja im Sinne des oben Gesagten Ösen verschiedenen Kalibers benutzen und trifft dann wohl immer mit einer der Ösen das Optimum für jedes Serum. Ich habe das praktische Bedürfnis zu diesem Vorgehen aber bisher nicht empfunden. Man hat auch nicht, wie Dohnal angibt, eine große Reihe von Ösen nötig, sondern nur einige wenige, da man sie ja stets wieder ausglühen kann. Gerade in dieser einfachen Reinigungsmöglichkeit sehe ich gegenüber der umständlichen Säuberung der Glaskapillaren usw. einen großen Vorzug der Ösentechnik.

Über das Stabilisieren der Extraktverdünnungen mit Alkali hat Dohnal offenbar noch zu geringe eigene Erfahrungen. Mit einiger Übung bekommt man es ausgezeichnet in die Hand und erhält einwandfreie scharfe, nicht abgeschwächte Versuchsergebnisse. Man muß aber immer größere Extraktmengen (1 ccm) auf einmal verdünnen, wie ich das auch empfohlen habe. Vor dem Verdünnen ganz kleiner Mengen, wie es Dohnal vorschlägt, kann ich nur warnen. Denn bei den kleinen Mengen sind die Einwirkungen von den Oberflächen her so stark, daß die Extraktverdünnungen leicht auseinanderreißen und ausflocken. Hier geht ein Sparen mit Extrakt ganz zweifellos auf Kosten der Genauigkeit und Sicherheit der Methode.

Eine geringe Nachtrübung der Extraktverdünnungen stört das Ablesen nicht, wenn man im hängenden Tropfen untersucht. Die kleinen Partikel, die sich beim Überreifen der Extraktverdünnungen bilden, sehen anders aus als Reaktionsflocken. Sie sind rundlicher, manchmal an Hefen erinnernd, und stehen nie so dicht wie die eigentlichen Reaktionsflocken. Auch finden sie sich nur in den Grenzflächen, aber nicht in den mittleren Schichten des Tropfens. Man sieht sie also nur an der unteren Tropfenwölbung und in der Grenzschicht zwischen Deckgläschen und Tropfen. Ich wies schon in Nr. 4 der Medizinischen Klinik darauf hin, daß die Methode des hängenden Tropfens ganz besonders einfach, schnell und sicher ist, und ich neige immer mehr der Ansicht zu, daß sie überhaupt die am sichersten zu beurteilende Syphilisreaktion darstellt.

Digitized by Google

Aus der Univ.-Kinderklinik Innsbruck (Vorstand: Prof. Loos).

Schlußwort zu den vorstehenden Bemerkungen Meinickes.

Von

Dr. Paul Dohnal, Assistent der Klinik.

Das Urteil über die praktische Brauchbarkeit meiner vorstehend angegebenen Methodik muß ich deren Nachprüfern überlassen. Mir erwies sie sich als einfach, rasch ausführbar und verläßlich. Auf jeden Fall bietet sie den Vorteil, außer den Kapillaren keinerlei besondere Instrumente zu erfordern. Auf die Reinigung der gebrauchten Kapillaren kann man bei ihrem billigen Preis sehr wohl verzichten, trotzdem glaubte ich ein Verfahren, welches sich mir bei gleichzeitiger Reinigung vieler hundert Kapillaren bewährt hat, kurz anführen zu sollen. Was bei der — übrigens auch gewisse Sorgfalt erfordernden (mit bloßem Ausglühen ist es nicht getan) — Reinigung der Ösen Meinickes stört, ist, daß diese während des Versuches vorgenommen werden muß, wenn nicht eine ausreichende Zahl von Ösen (für jedes Serum eine) zur Verfügung steht. Diese Schwierigkeit ist natürlich behoben, wenn Meinickes neue, sozusagen „individualisierende" Methode der Alkalistabilisierung jene befriedigenden Resultate gibt, welche mir und anderen Untersuchern die von ihm noch im vergangenen Herbst empfohlene „schematische" Stabilisierung nicht ergab.

Ich möchte allerdings glauben, daß jede durch Herabsetzung der Azidität erzielte geringere Ausflockungsneigung der Extraktverdünnung auch deren Reaktivität mit schwach reaginhaltigen Seren schwächt. Daß sich stark reaginhaltige Seren entgegengesetzt verhalten können, ist bereits in obenstehender Arbeit betont.

Bei der Herstellung von kleinen Mengen (1 ccm) Extraktverdünnung habe ich nie eine „Ausflockung durch Einwirkung von Oberflächen", wie sie Meinicke dabei fürchtet, gesehen. Mir ist sie auch theoretisch wegen der dabei doch noch recht geringen Oberflächenentfaltung nicht wahrscheinlich. Die eventuellen Ursachen bei Mißerfolg mit kleinen Mengen, den ich selbst nie hatte, dürften vielmehr folgende sein: rasche Abkühlung der geringen Mengen vor und nach dem Mischen, schwierigere exakte Messung bei kleineren Mengen, endlich stärkere Einwirkung minimaler Verunreinigungen auf diese. Wo Kosten oder sonstige Gründe für das Sparen mit den Extrakten nicht in Betracht kommen, ist sicher die Herstellung größerer Mengen der Extraktverdünnung als technisch leichter vorzuziehen.

Ohne Absicht, Meinicke etwas „prinzipiell Neues" zu bieten, gab ich meine Resultate über die Reaktionsbedingungen der MTR bekannt, da sie mir besonders in ihren sonderbaren Beziehungen zum Reagingehalt nicht ohne Interesse schienen, freilich in der Erkenntnis, daß sie nur ein bescheidener Beitrag zur Klärung äußerst komplizierter Verhältnisse sind.

Referatenteil

redigiert von Dr. Marie Unna, Hamburg-Bergedorf.

Fachzeitschriften.

Archiv für Dermatologie und Syphilis.

Bd. 148, H. 2.

Ein Beitrag zur Kenntnis der Nävusnatur, von H. Vörner-Leipzig. S. 277—288. Nävi sind entweder frei von jeder strukturellen Veränderung, oder sie besitzen eine solche von großer Mannigfaltigkeit. Wenn man nur die Grundformen der Nävusnatur betrachtet, so handelt es sich im ersten Falle um Steigerung oder Herabsetzung der Pigmenterzeugung oder der Gefäßfüllung (N. pigmentosus, N. depigmentosus, N. vaso-

Digitized by Google

paralyticus simplex und N. anaemicus). Aber auch im anderen Falle, bei dem Mißbildungsnävus, kann eine Hautfunktion in Betracht kommen, nämlich die Erhaltung des Gleichgewichtes zwischen den einzelnen Gewebsarten, aus denen die Haut besteht. Dafür spricht die angeführte Beobachtung, daß ein Nävus am Scheitel eines Mannes durch die Entwicklung einer Cutis verticis gyrata verdrängt wurde. Wenn also atavistisch ebenso wie normal sich betätigende Kutis keine Nävusbildung gestattet, so läßt sich schließen, daß unvollkommene Leistung derselben (funktionelle Entwicklungsstörung) die allgemeine Ursache der Nävi darstellt. Die Reichhaltigkeit der Nävusbilder würde den unterschiedlichen und mannigfachen Aufgaben der Kutis entsprechen.

Die Paget disease mit besonderer Berücksichtigung ihrer Pathogenese, von L. Arzt und O. Kren, Hautkl. Wien und Hautabt. d. Stadtkrkh. Wien. S. 288—312. Die Arbeit stützt sich auf 17 histologisch eingehend geprüfte Fälle, die sich nach ihrer mamillären oder extramamillären Lokalisation trennen lassen. Die eine ist häufiger, die andere (an Vulva und Anus) seltener. Wichtiger ist die Unterscheidung in ätiologischer Beziehung. Es konnte nämlich festgestellt werden, daß in 10 Fällen die Paget disease Folge eines subregionär gelegenen Drüsenkarzinoms war. In zwei weiteren Fällen war dieser Nachweis zwar nicht direkt, wohl aber indirekt zu führen. Denn bei dieser Form der metastatischen Paget disease läßt sich einerseits ein wucherndes Wachstum der Paget-Zellen in drüsiger Art und andererseits ein Vorkommen von Karzinomzellen in Lymphgefäßen feststellen, welches auf eine Einschleppung auf diesem Wege hindeutet. Von den übrigen Fällen waren es vier, bei welchen die Paget disease nur eine präkanzeröse Erkrankung darstellte. Denn ein primärer Tumor konnte ausgeschlossen werden, und weiter fehlte den Paget-Zellen dieser Fälle jene dem Karzinom eigentümliche Neigung zu beschränktem Wachstum. Der letzte Fall entsprach nur äußerlich dem Bilde der Paget disease, histologisch erwies er sich als ein Cystoma papilliferum. Die Herkunft der Paget-Zelle ist demnach eine doppelte. Für die 1. Gruppe gilt die schon von Ribbert ausgesprochene Erklärung, daß die Paget-Zelle als Metastase eines in der Tiefe liegenden Karzinoms epidermisfremd ist. Dagegen stellt die Paget-Zelle bei der Gruppe der folgenden 4 Fälle einen Abkömmling aus dem Epithel der Epidermis dar. Diese Feststellung hat auch praktische Bedeutung, denn im Gegensatz zur ersten Gruppe ist die Verlaufsprognose dieser Fälle günstig zu beurteilen.

Zur Pathogenese der Livedo racemosa (Ehrmann), von A. Perutz und H. Kaiser, Hautambul. d. Allgem. Krkh. u. d. Genossensch.-Krkh. Wien. S. 313—317. Die Ätiologie der Livedo racemosa (Ehrmann) bedeutet in der Hälfte aller Fälle Lues, im übrigen kommen andere Ursachen, z. B. Alkoholismus, Tuberkulose und Infektionen, in Frage. Für die Entwicklung der Veränderung ist eine konstitutionelle Disposition Voraussetzung; auf eine solche deutet die häufige Kombination mit Livedo calorica hin. Injektionen mit Adrenalin, Koffein, Einreibung mit Amylnitrit und Vereisungen mit Chloräthyl zeigten, daß die Vasomotoren normal funktionierten. Da sichtbare Schädigungen sich nur an den Gefäßen der tieferen Kutisschichten und der Schweißdrüsenschicht als Endarteriitis, Intimawucherung und Lumenenge nachweisen ließen, so wird angenommen, daß die Schädigung den Gefäßmuskelapparat betrifft, da einen solchen nur die tieferen Hautgefäße besitzen.

Ein Beitrag zum Lupus erythematosus der Mundschleimhaut, von Clark W. Finnerud, Hautabt. d. Stadtkrkh. Wien. S. 318—322. Ein 35jähr. Pat., der seit 14 Jahren an einem hartnäckigen Lupus erythematosus des Kopfes leidet, zeigt im Anschluß an seine letzte Behandlung mit Radiumbestrahlung und achtwöchentlichen Krysolganinjektionen von 0,05—0,1 ein Befallensein der Mundhöhle und der Zungenoberfläche. Hierbei zeigen sich äußerst dicht gestellte, bläulichweiße, flacherhabene, unscharf begrenzte, verwaschen gefärbte Knötchen und Streifchen ohne irgend welche Sekundärerscheinungen. Der Fall unterscheidet sich von dem bisher bekannten Schleimhautbilde des Lupus erythematosus dadurch, daß seine Ausbreitung, nicht wie sonst herdförmig, sondern diffus ist. Die Entstehung dieser Form dürfte der Einwirkung des Krysolgans zuzuschreiben sein, das durch eine allerdings unbemerkte stomatitische Reizung den Boden für die diffuse Schleimhautveränderung vorbereitete.

Über Drüsennävi, von L. Arzt und L. Kumer, Hautkl. Wien. S. 323—329. Bei einer 49jähr. Pat. wurde in der rechten Schläfengegend ein kondylomartiger Tumor von bedeutender Größe, 5—11 cm, und Prominenz, 2—3 cm, beobachtet. Histologisch erwies er sich als zystisches Papillom, das an der Oberfläche mit verhorntem Platten-, in der Tiefe mit Zylinderepithel bekleidet war, während das zwischenliegende Bindegewebe infiltriert war. Ein zweiter Fall, 18jähr. Mädchen, hatte die Veränderung ebenfalls seit

Digitized by Google

der Geburt. Im Bereich des Kapillitiums über dem rechten Ohr 8 cm langer, 1—2 cm breiter, aus weichen Knötchen bestehender, wenige Millimeter die Oberfläche überragender Streifen. Im Schnittpräparate fanden sich von der Bedeckung ausgehende dendritisch verzweigte Drüsenschläuche, die in einem mächtig infiltrierten Bindegewebe lagen. Im dritten Falle, 12jähr. Mädchen, handelte es sich um warzige Proliferationen, die auf einer im Kapillitium befindlichen Brandnarbe entstanden waren. Die mikroskopische Untersuchung ergab in den Randpartien Plattenepithel, Haaranlagen und Talgdrüsen, in der Mitte dagegen eine zystische, zum Teil papilläre Wucherung, deren Schläuche mit Zylinderepithel bedeckt waren. Der erste Fall wird als Naevus syringocystadenomatosus bezeichnet, für die beiden anderen Fälle wird zu dieser Bezeichnung noch das Adjectiv sebaceus et papilliferus hinzugefügt.

Über Amyloidose der Haut, von H. Königstein, Israel. Spital Wien, Hautabt. S. 330—383. Der erste Fall ist ein Beispiel einer Beteiligung der Haut bei allgemeiner Amyloidose. Die Veränderung trat bei einem 60jähr. Manne angeblich im Anschluß an ein vor 2 Jahren abgelaufenes Gesichtserysipel unter Schmerzen in den Schultern und oberen Extremitäten auf. Außer der Dorsalseite der Hände und der Planta pedum wurde die ganze Körperoberfläche besetzt mit Knötchen von Stecknadel- bis Bohnengröße von glatter, flacher oder gewölbter Oberfläche, von derber Konsistenz und scharfer Begrenzung. Sie stehen einzeln oder herdweise in einer reaktionslosen Umgebung. Die kleineren, immer pigmentarmen Effloreszenzen verursachen in größeren Flächen ein Glitzern, wie ein Lichen ruber oder Lichen Vidal. Die größeren erscheinen opalartig transparent. Auch die Mundschleimhaut ist befallen und verursacht infolge ihrer Verdickung Beschwerden beim Kauen. In der linken Achselhöhle kommt es zur Bildung eines verschieblichen faustgroßen Tumors. Die Erkrankung führt zur Atrophie der Muskeln, zur Störung der Darmtätigkeit unter dem Bilde einer Peritonitis mit Ileuserscheinungen. Schließlich kommt es zu einer letalen Pneumonie. Die Sektion ergab ein Freibleiben der sonst bei Amyloidosen stark beteiligten Bauchdrüsen, ein Befallensein des gesamten Digestionsapparates, von der Zunge bis zum After, des Herzens und des Venensystems, der Blase und Urethra, von Muskulatur, Fett und Haut. Das Amyloid findet sich in flächenhafter Ausbreitung unter dem deckenden Epithel bzw. Endothel dieser Organe, bei der Muskulatur, von welcher sowohl die glatte als die quergestreifte befallen ist, nur in den Spalten des Bindegewebes. Die beim Pat. bemerkbaren Atrophien und Paresen sind, da das Zentralnervensystem frei ist, lokale Folgen der Muskelveränderung. In der Haut bildet das Amyloid subepitheliale Inseln in den oberen Kutisschichten. Die Ansammlung desselben beginnt in der Übergangszone des Stratum papillare zum reticulare. Da sie an der Straffheit des letzteren ein Widerlager findet, so wölbt sie die Epidermis vor. In den tieferen Schichten liegt das Amyloid in der Umgebung der Haare und Drüsen. Innerhalb des Bindegewebes wird das Amyloid in die Saftspalten abgeschieden, im Fettgewebe von den Kapillaren. Die Ablagerung erscheint hier netz- oder plattenförmig. An den Gefäßen wird Amyloid im Bereich von Media und Intima bemerkt. Es legt sich gern den elastischen Fasern an, ohne sie zu schädigen; nur bei großer Ansammlung führt es zu ihrem Schwund. An peripheren Nerven wurde einmal eine anscheinend zur Atrophie führende Einscheidung bemerkt. An klinisch anscheinend ganz normalen Hautstellen findet sich doch mitunter sogar ausgedehnte subkutane Amyloidinfiltration. Als weitere Veränderungen werden stellenweise Verdünnungen sowie Akanthose und Hyperkeratose der Haut erwähnt. Ein zweiter Fall (60jähr. Frau) schließt sich dem vorigen in Übereinstimmung an. Befallen war die ganze vordere Thoraxfläche von der Höhe des Rippenbogens an. Nach oben zu setzt sich die Affektion symmetrisch über die Seitenteile des Halses auf die Kopfhaut fort. Geringe Beteiligung der Halsgrube, Schultern und Nacken, Ohren frei. Die Effloreszenzen sitzen auf pigmentierter Basis; selbst von normaler Farbe glitzern sie wie Perlen auf dunklem Grunde. Außerdem finden sich auf der Brust Stellen ausgesprochener Atrophie, zahlreiche frische und alte Blutungen, die entweder spontan oder auf leichtesten Druck hin entstehen und schließlich verschiedentlich polyzyklische Narben. Der Prozeß dauerte $3^1/_2$ Jahre, bis der Exitus durch eine schon lange bestehende Nephritis eintrat. Die Sektion fand von den inneren Organen Herz, Milz und Lungen befallen. Die histologische Untersuchung ergab, daß die Brusthaut mittelschwer erkrankt war. Man konnte hier beide Arten der Amyloidablagerung unterscheiden, sowohl die subepitheliale als die im Fettgewebe. In der Kopfhaut erreichte sie ihren Höhepunkt, indem alle Schichten derselben durch Amyloid substituiert waren. Atrophien, Lymphgefäßerweiterung, Blutungen sind als Folge des Prozesses erklärlich, die Narben sind

Digitized by Google

offenbar anderer Herkunft. Ein weiterer Fall dient als Beispiel für eine lokale Amyloidose der Haut. Ein 64jähr. Pat. litt seit $5^1/_2$ Jahren an einem juckenden Ausschlag an ausgedehnten Partien des Körpers. Neben großen und kleinen schmutzig- oder rotbraunen, lichenifizierten und scharf abgesetzten Plaques traten auch Papeln mit Glanz und Transparenz hervor. Histologisch ergab sich das Bild eines chronischen Ekzems mit kleinen Amyloidherden in den Papillen. Jede andere Lokalisation (in Drüsen, Haaren, Fett und Gefäßen) fehlte. Der Fall gehört in die Gruppe des Lichen Vidal, bei dem es aus unbekannter Ursache zur Ablagerung von Amyloid in erkrankte Hautpartien kam. Als letzter Fall wird von einem 2jähr. Kinde berichtet. Am ganzen Thorax linsengroße, bräunlichrote, dichtgestellte, zum Teil konfluente, zum Teil schuppende Papeln, die Haut zwischen ihnen normal, Effloreszenzen auch an beiden Unterschenkeln, aber nicht so dicht gestellt. Das Kind war bereits 5 Wochen vor Beginn des Ausschlages an einer Pneumonie erkrankt, an der es in der 8. Woche starb. Die Sektion stellte das Fehlen einer allgemeinen Amyloidose fest, nur in der Haut, und zwar in der Anordnung des Bindegewebes, fanden sich homogene Massen, die offenbar aus einer Mischung von Hyalin und Amyloid bestanden. — Ein genauer Umriß der Hautamyloidose läßt sich bei der geringen Zahl vorliegender Beobachtungen noch nicht geben.

Untersuchungen über die Schichtprobe zum serologischen Luesnachweis, von T. Shirosaki, Krebsforschgsinst. Heidelberg. S. 384—388. Die Schichtprobe wurde in der Weise ausgeführt, daß in Zentrifugengläsern Patientenserum mit Extraktverdünnung überschichtet wurde. Von 144 Serumproben reagierten 80 übereinstimmend mit der WR und der SGR negativ. Von den übrigen 64 Proben 50 positiv. In 14 Fällen waren die Ergebnisse different. Die Schichtprobe ist hinreichend empfindlich, schließt aber die Möglichkeit unspezifischer Reaktionen nicht völlig aus.

Zur Vanadiumtherapie, von F. Winkler-Wien. S. 389—391. Pinselungen mit Natriumtetravanadinat heilten in wenigen Tagen Ulcus molle restlos ab. Die Behandlung verhindert auch die Giftabwanderung auf dem Lymphwege. In zwei Fällen, in denen die Kranken schon mit Bubonen in Behandlung traten, bewirkte eine Injektion mit 0,02 Natriumtetravanadat eine rasche Rückbildung. Ein günstiger Erfolg wurde auch im Falle eines Lichen ruber beobachtet, 3 Wochen jeden zweiten Tag 0,02 des Mittels. Psoriasis wurde ebenfalls beeinflußt, rezidivierte indessen. Auch für Pemphigus wird es empfohlen, obgleich es nicht erprobt wurde. Peroral ist Natriumhexavanadat anwendbar, unangenehme Gefühle in der Magengegend treten nur vorübergehend auf. Vanadium wirkt als Sauerstoffüberträger. Es bewirkt im Blutbilde eine Änderung des Gehaltes an Leukozyten und eosinophilen Zellen wie Quecksilber. Auch die vorzügliche Wirkung intravenöser Injektionen bei Malaria und Sepsis ist bemerkenswert.

Durch pathogene Sproßpilze bedingte Granulome, von G. Riehl jun., Pathol. Inst. Wien. S. 392—398. Bei einem Pat. wird seit Jahren ein Exanthem beobachtet, dessen Natur nicht mit Sicherheit bestimmt werden konnte. Blaurote, stecknadelkopf- bis hirsekorngroße Knötchen am Stamm in dichter Aussaat, im Gesicht spärlich, Extremitäten pigmentiert und atrophisch, frei von Effloreszenzen, Plantae und Palmae auffallend weiß. Später kamen noch knotenartige, teilweise exulzerierte Veränderungen an Brust, Oberarmen und Nacken hinzu. Gleichzeitig entwickelten sich allmählich Erscheinungen, die auf eine Leukämie hinwiesen. Die Sektion stellte lymphatische Leukämie fest. Histologisch fanden sich in den Hauttumoren Sproßpilze. Sie lagen zahlreich, rundlich, stark lichtbrechend im Granulationsgewebe. Mit Eosin sich schwach färbend, nahmen sie Gram an, doch unterschiedlich stark, zum Teil nur partiell. Da sich die Erreger auch in vollständig geschlossenen Knoten vorfanden, ist ein primäres Befallensein der Kutis anzunehmen.

Ein Beitrag zur Lokalisation der Soormykose in der Axilla, von L. Kumer, Hautkl. Wien. S. 399—401. Bei der 35jähr. Frau war ausschließlich die linke Axilla befallen. Innerhalb von 14 Tagen hatte sich ein scharf begrenzter, das Niveau etwas überragender Herd gebildet, rosa mit abgeschuppter Hornschicht, unterminierten weißlichen Schuppensäumen und zigarettenpapierartig gefälteter Oberfläche ohne Nässen und Krusten bei Erhaltung der Haare. In der Umgebung drei kleine schlaffe Pusteln. Es bestand mäßiger Juckreiz. In den Schuppen wie in der Kultur Soor nachweisbar. Überimpfung auf gesunde Personen mißlang.

Experimenteller Beitrag zu den Entstehungsbedingungen der tuberkulösen Allergie, von F. Fischl, Serother. Staatsinst. Wien. S. 402—412. Gesunde Tiere wurden mit lebendem oder totem Material mittels Injektion in den linken Herzventrikel oder in verschiedener Weise von der Haut aus infiziert und bzw. ihres weiteren Verhaltens

Digitized by Google

mit der intrakutanen Tuberkulinreaktion geprüft. Diese tritt bei der Injektion sowohl mit lebendem als totem Material ins linke Herz früher auf als bei jedem anderen Infektionsmodus als Folge der schnellen Verschleppung durch die Zirkulation. Bei diesem Infektionsmodus erzeugen mitigierte Formen keine Hauterscheinungen, tote Bazillen wirken toxischer als lebende, rufen aber keine Hauterscheinungen hervor. Tuberkulinempfindlichkeit ist eine Teilerscheinung der Allergie, hat mit Immunität nichts zu tun, und ist nicht in der Lage solche hervorzubringen. Eine Resistenzsteigerung des Organismus gegen die Tuberkulose ist nur bei milder Infektion mit propagationsfähigem Virus zu erwarten.

Versuche einer chemischen Charakterisierung und Reindarstellung des Trichophytins (des aktiven, antigenen Prinzips pathogener Hautpilze), von Br. Bloch, A. Labouchère und Fr. Schaaf, Hautkl. Zürich. S. 413—424. Aus einige Monate alten Kulturen von Achorion Quinckeanum wurde in einer Ausbeute von 1,5—3% Trichophytin dargestellt nach einem Verfahren, das in der Hauptsache auf der Fällung desselben aus dem Kulturenextrakte mittels absolutem Methylalkohol beruht. Trichophytin ist ein sehr beständiger Körper. In getrocknetem Zustande jahrelang haltbar, weder durch Hitze noch durch Wasserstoffsuperoxyd, aktiviertes Aluminium, Schwefelwasserstoff und Alkali beeinflußbar, wird es dagegen durch 25%ige Schwefelsäure zerstört. Leicht löslich in Wasser, unlöslich in allen organischen Lösungsmitteln außer Glyzerin und Glykol. Durch absoluten Methylalkohol wird es quantitativ, von gesättigter Ammonsulfatlösung teilweise gefällt. Es gibt keine Eiweißreaktion, wird durch Phosphorwolframsäure und die Alkaloidreagentien nicht gefällt, enthält keinen Schwefel, aber Stickstoff (etwa 6,75% Gesamt-, 1,3% Amino-N). Es läßt sich leicht und vollständig dialysieren. Das biologisch wirksame Prinzip des Trichophytins findet sich in steter Verbindung mit einem ebenfalls wasserlöslichen, dialysierbaren, stärkeähnlichen Polysaccharid, das links dreht, Cu nicht reduziert, mit Jod sich blau färbt und beim Abbau Glukosamin gibt. Beim Abbau durch lebende Pilze werden beide auf 20% reduziert, und durch Säurehydrolyse bei gleicher Konzentration der Säure (12,5%) zerstört. Nur durch Benzoylierung und Azetylierung scheint eine Spaltung einzutreten, indem das durch Verseifung zurückerhaltene Produkt wohl noch Stärkeeigenschaften, aber keine biologische Wirksamkeit mehr besitzt. Zwei Deutungen sind möglich über das Verhältnis dieser beiden Körper. Entweder das N-haltige aktive Prinzip ist physikalisch an das Polysaccharid gebunden (adsorbiert) oder das letztere bildet einen integrierenden Bestandteil des eigentlichen Trichophytins.

Zur Lehre von den kongenitalen Dyskeratosen, von E. Schäfer, Hautkl. Göttingen. S. 425—432. Bei einem 12jährigen Knaben bestanden akneiforme bzw. follikuläre Verhornungen an Knien, Nates, Fußgelenken, Ellenbogen und hinteren Achselfalten, weiter flächenhafte Schwielen an beiderseitiger Palma und Planta sowie an Zehen und Fingern, Pachyonychie sämtlicher Nägel (Verdickung und seitliche Einrollung gegen den freien Rand zu) und Leukokeratose der Lippen, Wangenschleimhaut, des Zungenrückens, der Tonsillen, des Larynx und der Stimmbänder. Außerdem fanden sich narbige Alopezieherde, Trockenheit der Kopfhaare, Katarakt, Zahnanomalie und Imbezillitas. Keine Vererbung. Es wird eine Systemerkrankung der Haut und ihrer Anhänge angenommen.

Die Formation der elektrischen Strommarke, von S. Jellinek, Elektro-patholog. Museum am Inst. f. gerichtl. Med. Wien. S. 433—440. Als Strommarke wird jene Veränderung der Haut bezeichnet, welche durch Berührung stromführender Gegenstände entsteht. An der äußeren Erscheinung der Strommarke ist die scharf definierte Kreisform und ebenso die konzentrische Zonenform typisch. Durch komplizierende Begleitumstände kann die Formbildung unscharf und unregelmäßig werden. Stärke und Ausbreitung der elektrischen Verletzung kann das Bild wesentlich beeinflussen. Das eine Extrem sind röhrenförmige Strommarken, die Haut, Muskeln und Knochen durchsetzen; andererseits solche, die leichten traumatischen Verletzungen gleichen. Die zweite Eigenschaft der Strommarke ist ihre derbe Konsistenz. Das Niveau der Umgebung etwas überragend, erscheint die Strommarke für den tastenden Finger als ein fester, plattenförmiger Körper. Das Zentrum trägt zumeist ein Grübchen, eine Delle oder gar ein Loch. Wenn man eine solche Stelle mit einer Metallsonde beklopft, vermag man einen deutlichen Ton wahrzunehmen. Eine dritte Eigenschaft ist ihre Farbe. Zumeist grau, grauweiß, graugelb, schmutzigweiß, manchmal auch gelblichbraun und bräunlich, ist sie in seltenen Fällen reingelblich, braun, rötlich oder schwarz. Sie unterscheidet sich von gewissen Auflagerungen, die sich abwaschen lassen. Profilschnitte lassen erkennen, daß die Strommarke ein solides Gebilde ist, das durch Zusammenschweißen von Oberhaut und Lederhaut entsteht; manchmal befindet sich zwischen beiden Schichten ein enger Spalt,

Digitized by Google

welcher von Gas erfüllt ist. Diese drei Eigenschaften sprechen mit anderen, wie Schmerzlosigkeit, Reaktionslosigkeit der Umgebung, aseptische Nekrose des Gewebes ohne Eiterbildung, ohne Allgemeinstörungen und ohne Beschädigung der Haare, weiche geschmeidige Narbenbildung usw., nicht für eine Brandwirkung.

Über zwei Fälle von Bowenscher Krankheit, von J. Jamamoto, Hautkl. Breslau. S. 441—447. Der erste Fall betrifft einen 64jähr. Mann. Beginn vor 10 Jahren. An der Brust ein etwa zweimarkstückgroßer, polyzyklisch und scharf begrenzter gelblichrötlicher Herd, nur wenig erhaben, am Rande stärker als in der Mitte, mit glatter Oberfläche bis auf eine leicht hyperkeratotische Stelle. Der zweite Fall ist eine vor Jahresfrist wegen Uteruskarzinom operierte 53jähr. Frau. Seit 5 Jahren etwa pfenniggroße, gelblichbräunliche, schuppende, kaum erhabene, infiltrierte und leicht juckende Stelle mit 2 mm breitem, rosafarbigem Rande. Histologisch: Hornschicht über dem verbreiterten Rete unregelmäßig verdickt, stellenweise stark parakeratotisch, enthält verschiedentlich große verklumpte Kerne und einzelne Corps ronds. Im Rete M. fällt auf die verschiedene Größe der Zellkerne, große Zellen mit mehr oder weniger großen verklumpten Kernen, fast alle von einer Vakuole umgeben, reichlich Mitosen, zum Teil von enormer Größe, sowie Corps ronds und ähnliche Gebilde.

Über einen Fall von Lepra tuberosa mit besonderer Berücksichtigung der Histopathologie, von H. G. Riecke, Hautklinik Göttingen und Pathol. Inst. Marburg. S. 448—452. Krankenbericht über eine 28jähr. Frau aus Argentinien mit Lepra tuberosa et maculosa. Die Untersuchung der Leprome ergab, daß ihr Aufbau aus Granulationszellen besteht. Aus ihnen gehen durch Degeneration die Virchowschen Zellen hervor. Auch Endothelzellen zeigen lepröse Veränderungen, aber nur selten, da das zugrunde gehende Zellmaterial bald abgestoßen und abtransportiert wird. In den Geweben kommt es infolge Anhäufung degenerierter Granulomzellen zu den Globiformen, aus denen bei weiterem Zerfall die Glöa hervorgeht. Cholesterin war nicht nachweisbar, die vorhandenen Fettsubstanzen waren nicht doppelbrechend.

Zur Frage der Histologie der Typhus- und Paratyphusroseolen (Schlußwort zu der Diskussion mit E. Fränkel), von A. Poehlmann, Hautkl. München. S. 454—462. Der Verf. hebt hervor, daß Fränkel das grundlegende Verdienst gebührt, als erster bewiesen zu haben, daß die Typhusroseole durch metastatische Ablagerung von Typhusbazillen in die Lymphräume der Haut bedingt wird, sowie daß diese Bazilleninvasion nicht nur einfache Hyperämien, sondern entzündliche Vorgänge zur Folge hat. Dagegen nimmt er in Anspruch, die Histologie der Typhus- und Paratyphusroseolen als erster in monographischer Darstellung bearbeitet und erklärt zu haben. Dabei gelang die Feststellung (durch intravitale Karminfärbung), daß in den Roseolen die Gewebshistiozyten mit lebhafter Wucherung reagieren. H. Vörner-Leipzig.

Mitteilungen aus der Literatur.

Rektum und Anus.

Klinische Wichtigkeit des Analpruritus (Unrecognised Clinical Importance of Anal Pruritus), von J. F. Montague-New York. (J. Am. m. Ass., 1924, Bd. 83, Nr. 22, S. 1747.) Auf Grund therapeutischer und praktischer Überlegungen kommt Verf. zu der Überzeugung, daß der Pruritus ani oft nur das erste Symptom einer inneren Erkrankung ist und bei Behandlung dieser auch sofort schwindet, bei äußerer Therapie jedoch nicht beeinflußt werden kann. Von den angeführten Fällen litt der erste an Ovarialzysten, der zweite an einer Vergrößerung von Prostata und Samenbläschen, der dritte hatte ein Adenokarzinom des Rektums. Alle drei waren nach der spezifischen Therapie auch von dem Pruritus geheilt. Genaue Untersuchung aller Fälle von Pruritus ani wird daher dringend empfohlen. F. M. Peter-Hamburg.

Die Behandlung der Hämorrhoiden mit Posterisan, von Rubens-Gelsenkirchen. (M. Kl., 1924, Nr. 52, S. 1837.) Verblüffender Erfolg in einem Falle. E. Levin-Berlin.

Sexual-Pathologie und -Hygiene.

Therapeutische Überleitung eines abnormen Triebes in einen anderen aus Zweckmäßigkeitsgründen, von H. Kahle-Köln. (Zschr. f. Sexualw., 1924, Bd. 11, H. 10, S. 260.) In einem Falle von passiver Homosexualität, in dem der Betreffende schwere Qualen erlitt, weil er sich vor einer Ehe fürchtete, die er aus geschäftlichen und Familien-

Digitized by Google

rücksichten nicht vermeiden konnte, wurde eine dem Bräutigam unbewußte masochistische Komponente, andererseits bei der Braut ein herrischer Charakterzug nachgewiesen. Unter Benutzung dieser Eigenschaften und planmäßiger Züchtung der gewünschten Empfindungsqualitäten wurde eine sadistisch-masochistische Ehe herbeigeführt, die durchaus harmonisch und glücklich verlief. E. Levin-Berlin.

Das Bettnässen (Enuresis nocturna) als sexual-neurotisches Symptom, von M. Marcuse. (Zschr. f. Sexualw., 1924, Bd. 11, H. 9, S. 229—237.) Abgesehen von den organisch bedingten Fällen, in denen doch oft ein Zusammenhang mit der Psychosexualität besteht, gibt es eine weit verbreitete, essentielle Form, die als sexuelles Äquivalent oder Symbol neurotischen Charakters betrachtet werden muß. Zwischen der uropoetischen und der sexuellen Sphäre bestehen zahlreiche anatomische, physiologische, psychophysische Beziehungen, die Art der Entleerung von Harn und Samen ist eine durchaus analoge, es kann eine direkte Substituierung der Sexualfunktion durch die Blasenfunktion stattfinden. Dies vermittelt die Einsicht in dem sexuellen Sinn zahlreicher Fälle von Enuresis, was schon aus dem Traumleben hervorgeht (Miktionsträume bei Kindern, symbolische Ersatzbildungen aktuell gehemmter oder verdrängter aggressiver Sexualtendenzen Erwachsener). Die Enuresis der Unerwachsenen ist häufig eine Pollution der Unreifen schlechthin, die der Erwachsenen eine neurotische Form bzw. Umformung der Pollution. In der Anamnese von Enuretikern fällt häufig gleichzeitig sexuelle Insuffizienz auf, ebenso auch umgekehrt bei solcher Enuresis. Die Tatsache, daß bei sonst großer Annäherung der Ejaculatio praecox an den Vorgang einer Miktion diese einigermaßen willkürlich, die Ejaculatio praecox unabhängig vom Willen erfolgt, läßt sie als eine Wiederholung der kindlichen (dem Willen entzogenen) Enuresis erscheinen. Bei solchen Patienten ist auch der besondere Lustwert der Harnentleerung festzustellen. Das Individuum verharrt auf der infantilen Stufe der Urethralerotik. Weiter ist jedoch Enuresis oft nicht ein einfaches Äquivalent, sondern Folge von Masturbation, gewissermaßen Hilfe aus sexueller Not und Verlegenheit, durch die von der sexuellen Schuld auf das harmlose Nässen abgelenkt wird. Die Enuresis der Erwachsenen als Ausdruck der Urethralerotik zeigt den Zwang des Neurotikers, entwicklungsgeschichtlich ältere Erotismen zu wiederholen. E. Levin-Berlin.

Zur Einwirkung des Kokains auf das Geschlechtsleben, von G. Aschaffenburg-Köln. (D. m. W., 1925, Nr. 2, S. 55.) Verf. schildert ausführlich die Krankengeschichte eines 42jähr. Pat., der jahrelang bis zu 5 g Kokain in Form von Rachenpinselungen zu sich genommen hat, ohne mit Sinnestäuschungen oder Wahnideen zu reagieren. Bemerkenswert war die Neigung des Pat., die schlaflosen Stunden mit erotischen Phantasien zu verbringen. Den Ausgangspunkt hierfür boten körperliche Empfindungen im Glied und den Nachbargebieten. Die Empfindung in den Nachbargebieten brachte es mit sich, daß auch Gedanken in homosexueller Richtung aufkamen. Verf. lehnt es jedoch ab, diese Vorgänge als Ausdruck einer in tiefster Tiefe vorhandenen Homosexualität aufzufassen, wenn er auch zugibt, daß eine Änderung der Triebrichtung unter dem Einfluß des Kokains auf dem Weg über die körperlichen Reizzonen möglich ist.
F. Harry-Wiesbaden.

Prostitution, Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten.

Geschlechtskrankheiten bei Männern und Frauen: eine statistische Studie über das Vorkommen in den verschiedenen Altersstufen (Venereal Diseases in Men and Women: A Study of the Age-Incidence), von D. White. (Lancet, 1925, Bd. 208, Nr. 5289, S. 69.) Zu dieser statistischen Studie wurde das Material aus einem der größten Londoner Krankenhäuser genommen und nach dem Kartotheksystem gesichtet. Die Fälle „erster Infektion" an Syphilis, Blennorrhoe und weichen Schanker betrugen 5782, jene „gegenwärtiger Infektion" nur 5396. Die tabellarische Übersicht über das resp. Vorkommen dieser Geschlechtskrankheiten je nach dem Alter und je nach dem Geschlecht ist unter diesen zwei Gesichtspunkten (gegenwärtige und erste Infektion) in Kurvenform dargestellt. Es ergibt sich (bei Männern) ein starker Anstieg von 14—21 und 22 Jahren für „erste" und bis 24 für „gegenwärtige" Infektionen; dann fällt sie aber nicht so steil wie der Anstieg war, auf 33, worauf sie sich allmählich bis auf 60 senkt. Die Kurve der weiblichen Geschlechtskranken beginnt mit 11 und erreicht ihren Gipfel bis 21—22 Jahren (für „gegenwärtige" Infektion, also 2 Jahre früher wie bei den Männern), um dann in ähnlicher Weise wie bei den Männern abzufallen. Bei letzteren treffen fernerhin drei Viertel der Fälle auf Junggesellen und ein Viertel auf Verhei-

Digitized by Google

ratete, bei den Frauen hingegen nahezu die Hälfte auf Verheiratete usw. Die soziale Bedeutung dieser Ziffern, die Verf. ohne weiteres auch auf die ganze Bevölkerung übertragen möchte, ist also, daß sexueller Verkehr schon in sehr früher Jugendzeit bei beiden Geschlechtern ausgeübt wird und daß es Sache der Erziehung und öffentlicher Belehrung wäre, hier prophylaktisch zu wirken. Während weiterhin verheiratete Männer aller Lebensalter Geschlechtskrankheiten weniger sich zuziehen wie unverheiratete, sind verheiratete Frauen in allen Lebensaltern denselben mehr unterworfen wie unverheiratete derselben Altersstufe, z. B. im Alter von 27 Jahren und darüber dreimal so häufig, im Alter von 25 und 26 Jahren zweimal und zwischen 25 und 20 Jahren fünfmal so häufig wie bei unverheirateten, und bis zum 17. Lebensjahre nimmt dieses Überwiegen immer mehr zu. Die natürliche Erklärung hierfür liegt darin, daß die Frauen sehr häufig nach der Verheiratung von ihren Männern angesteckt werden. Die große Zahl derjenigen, die in sehr jungen Jahren — vor dem 22. Lebensjahre — von ihren Männern angesteckt waren, spricht gegen die Allgemeinansicht, daß frühe Heirat ein Schutzmittel gegen Geschlechtskrankheiten sei. So ist die Tendenz der späteren Verheiratung sowohl naturgemäß wie vorteilhaft, und eine allgemeine Rückkehr zur Frühehe, wenn (ökonomisch) möglich, würde zu weniger Glück und mehr Krankheit führen.

M. Stern-München.

Verschiedenes.

Über einige bemerkenswerte in unserer ehemaligen Südseekolonie Samoa beobachtete Erkrankungen, von Poleck-Braunschweig. (Arch. f. Schiffs- u. Trop.-Hyg., 1925, Bd. 29, H. 1, S. 16.) Beobachtungen in 3jähr. Tätigkeit von 1908—1911. Die „Samoapocken", die weder den echten noch den Windpocken glichen, verliefen stets gutartig, die einkammerigen Pusteln zeigten nur einmal Dellenbildung, kamen nicht zur Vereiterung, Mundschleimhaut blieb frei, desgleichen Hornhaut und behaarter Kopf. Keine Narbenbildung sondern Pigmentverschiebungen. Von dermatologischen Erfahrungen berichtet Verf. über seine therapeutischen Erfolge mit Salvarsan bei tertiärer Lues. Ungelöste differentialdiagnostische Schwierigkeiten ergeben sich in Fällen von Lues, Spätframboësie, Tuberkulose, Sporotrichose der Haut. Skabies gibt es in Samoa nicht.

H. Lippert-Köln.

Dermatologie und Venerologie, von J. Jadassohn-Breslau. (D. m. W., 1924, Nr. 49, S. 1732.) Jadassohn gibt einen allgemeinen Überblick über die Fortschritte in der Dermatologie und Venerologie während der letzten 50 Jahre. F. Harry-Wiesbaden.

Über die Ursachen der Hautkrankheiten und deren Einteilung auf ätiologischer Grundlage, von F. Krzystalowicz-Warschau. (W. m. W., 1924, Nr. 52, S. 2805.) Da alle bisherigen Einteilungen in der Dermatologie bei einem jeden ein gewisses Unbefriedigtsein hinterlassen, hat es Verf. unternommen, eine neue Einteilung auf ätiologischer Basis zu versuchen, obwohl er sich auch hierbei bewußt ist, daß diese Einteilung noch nicht vollständig sein kann, denn außer dem ätiologischen Faktor muß man bei jeder Erkrankung noch prädisponierende und komplementäre Faktoren in Rechnung ziehen. Trotzdem ist es ihm gelungen, wenigstens zunächst einige große Krankheitsgruppen zusammenzustellen, die er folgendermaßen einteilt: 1. angeborene und hereditäre Anomalien sog. „Genodermien", 2. Veränderungen traumatischer Natur infolge physikalischer (mechanischer, thermischer, Strahlen) und chemischer (reizende Substanzen, manche fabrikmäßig hergestellten Präparate, Pflanzen) Reize, 3. parasitäre Veränderungen infolge des Einflusses von tierischen Parasiten, Pilzen und Bakterien, 4. medikamentöse und alimentäre Toxikodermien, 5. Veränderungen auf Grund von Störungen, die an die Haut von innen herantreten, so a) Autointoxikationen, b) mit dem Stoffwechsel verknüpfte Erkrankungen wie Diabetes, c) Störungen durch Erkrankungen des Blut- und Lymphapparates, d) endokrine und e) nervöse Störungen, und schließlich als letzte und 6. Gruppe die Neoplasmen der Haut. Verf. ist selbst der Überzeugung, daß diese Einteilung noch recht unvollständig und ergänzungsbedürftig ist, aber er hofft, daß sie eine Grundlage für eine Diskussion darstellen könne, und glaubt, daß der Versuch sich lohnen würde, auf diesem Programm weiterzubauen. E. Langer-Berlin.

Nachdruck (auch des Abschnittes „Tagesg. Nachr.") ist ohne Genehmigung des Verlegers nicht erlaubt.

Verantwortlich für die Redaktion: für Originalabhandlungen und T. N.: Prof. Dr. J. H. Rille, Leipzig. Für den Referatenteil: Dr. M. Unna, Hamburg-Bergedorf.

Digitized by Google

Sachverzeichnis.

* bedeutet Originalarbeit.

Acne conglobata und papulonekrotisches Tuberkulid, Oppenheim 663.
— — — Tuberkulid, Oppenheim 659.
— indurata, Ullmann 223.
— necrotica, Fischer 521.
— — mit Herdreaktion auf Alttuberkulin, Freund 177.
— papulosa miliaris, Milian u. Périn 625.
— Petroleumacne s. Lichen planus, Balban 180.
— varioliformis, Ullmann 842.
— — capillitii, Porias 662.
— — experimentelle, Strumia 391.
*— vulgaris, Ätiologie, Stümpke 45.
— — bei dreijährigem Knaben, Bruhns 302.
Adenolymphozele infolge von Filarien, Jeanselme u. Bloch 74.
Adenoma sebaceum bei kongenitaler Lues, Freund 177.
Adenosarkom der Tonsille durch Radium geheilt, Glassmann 760.
Adrenalin im Blut bei Spontangangrän, Ornatzky 75.
Adstringentien, Einfluß auf die Lichtempfindlichkeit von Bakterien, Amster u. Meyer 267.
Akanthosis nigricans, Dóczi 756.
— — Flaskamp 80, 456.
— — Sutejeff, Klirikow u. Wainstein 225.
*— — juvenile Form im Anschluß an benigne fibromatöse Tumoren, Hodara u. Behdjet 609.
*Akremonium s. Pilzerkrankung.
Akrodermatitis atrophicans, Bab 717.
— — Löwenfeld 136.
— — Wertheim 664.
— — Zieler 380.
— — im Infiltrationsstadium, Bruhns 302.
— — mit Sklerodermie, Levenson 225.
— — — sklerodermieähnlichen Veränderungen, Heyn 303.
— — und Tuberkulid, Löwenfeld 221.
— perstans, Dore 227.
— unilaterale, Nobl 176.
Akrodermatosen s. Angio.
Akrodynie s. Erythem.
Aktinomykose, Randak 140.
Aktinomyzes s. Röntgenempfindlichkeit.
Alastrim s. Variola.
Alkohol s. Reiztherapie.
Allergie, Konstitution und primäre spezifische (Idiosynkrasien, Urtikaria, Quinckesches Ödem), Kämmerer 265.
*Alopecia areata, Ätiologie, Buschke u. Peiser 237, 287.
*— — 140 Fälle, Jordan 85.
— — mit Vanities durch Schilddrüsenextrakt und Phosphorsäure geheilt, Darier 73.
— — und Strabismus in Familien, Tomkinson 460.
— universalis mit artifizieller Gelbfärbung der Haut, Dohi 70.
Alopezie, kleinfleckige, Nobl 132.
— seborrhoische, ultraviolette Strahlen bei, Bizard 761.
Altern der Gesichtshaut, Mittel gegen, Sabouraud 101.
Altersbekämpfung mittels Keimdrüsenpräparaten, Weiss 634.
Ambardsche Harnstoffausscheidungskonstante, Tonnet 892.
Amöbeninfiltration der Haut, Heimburger 560.
Amöbenzystitis, Heilung durch Yatren, Reiss 888.
*Amylnitrit in der Dermatologie, Winkler 243, 293.
Amyloidosis der Haut, Gutmann 142.
— — — Königstein 903.
Anämie, perniziöse s. Glossitis.
Anästhesie, iontophoretische, Wirz 276.
Anästhetika s. Psikain, Tutokain.
Analfissur, Weichgummihantelpesar zur Heilung, Hammer 384.
Analpruritus, klinische Wichtigkeit, Montague 906.
Anaphrodisiakum s. Dikodid.
Anaphylaxie, antianaphylaktische Wirkung von Mineralwässern, Cahn 266.

Digitized by Google

Anaphylaxie bei Hautentzündungen, Lehner u. Rajka 271.
— nach Diphtherieantitoxin, Lorraine 266.
— Neufeld-Besredkasche Schutzimpfung bei Serumreinjektionen, Fernbach 265.
Anaphylaktischer Chok s. Blut.
— — Mechanismus, Lumière 266.
Andriol in der Kinderpraxis, Kundratitz 276.
*Andriolpräparate, Verwendung von, Schubert 17.
Anetodermie, umgrenzte mit Verdichtungsherd, Nobl 176.
Angina Plaut-Vincenti während einer antiluetischen Kur, Sutton 760.
Angiofibrom mit Übergang in Angiosarkom, Sußmann 178.
*Angiokeratoma Mibelli, Goldschlag 321.
— — Tomasone 491.
— — nach der Behandlung, Queyrat 72.
*Angiokeratom der Zunge, Richter 574.
Angiome, Behandlung, Degrais 353.
— extensives Wachstum beim Säugling, Thomas 353.
Angioneurosen, Frick 349.
— Ravogli 271.
Angiomyoneurome s. Geschwülste subunguale.
Angio- und Trophoneurosen der Haut, Akrodermatosen, Pulvermacher 716, 718.
Antimonkomplexsalz (Heyden 661), neues trypanozides, Uhlenhuth, Kuhn u. Schmidt 277.
Antimonpräparat s. Granuloma inguinale.
Antimon, trypanozide Wirkung, Ramsin u. Schnitzer 277.
Anurie, Fleischmann 309.
— reflektorische, Seifert 844.
Aphthae tropicae (Sprue), Harmsen 458.
Argochrom zur Injektionsbehandlung der Varizen, Schoenhof 700.
Arsendermatitis mit multiplen Epitheliomen, Barber 453.
Arsenerythem, Arzt 224.
Arsenkrebs durch gewerbliche Schädigung, O'Donovan 305.
Arsentherapie, Biochemisches, Ullmann 276.
Arteriosklerotische Hautveränderungen s. Haut.
*Aspergillose s. Haut.
Asthma genitale, Strominger u. Bara 226.
— und Ekzem, Keller 751.
*Ataxie, Friedreichsche und Haaranomalie, Leven 541.
Atherom, Löwenfeld 219.
Atrophia maculosa und Anetodermia erythematosa cutis nach P.-A., Kedroff 34.
— cutis idiopathica im Infiltrationsstadium, Balban 223.
Atrophie, doppelseitige, symmetrische; Erythromelie Pick, Castle 786.
Atrophodermien und Sklerodermien, Kogoj 454.
Atrophie s. Haut.
Augendiagnose des Dr. Ignaz v. Péczely, Schlegel 229.
Autohämatotherapie, Šalša 454.
Autohämotherapie bei Hautkrankheiten und Epididymitis Egorow 225.
Autoserum- und Autohämotherapie, Castellino 689.

Bäder- und Reiztherapie s. Haut.
Bakterienektoplasma, färberische Darstellung; Theorie der Gramschen Färbung, Gutstein 263.
Bakterien s. Grampositive.
— Lichtempfindlichkeit s. Adstringentien.
Bakteriophagie s. Dermatosen.
Bakteriophagen s. Hautinfektionen.
Bakterio- und Reiztherapie, Wesen der Reaktionen bei spezifischer und nichtspezifischer, Danysz 38.
Bakteriurie s. Harnausscheidung.
Balanitis ulcerosa, Lévy u. Gerbay 388.
*Balanoposthitis oidiomycotica s. Vulvovaginitis.
Ballistol, Gent 692.
Bartholinitis, sklerosierende Einspritzungen bei, Gouin u. Aoustin 388.
Basalzellenepitheliom, Barber, H. W. 453.
— eine atonische Wunde vortäuschend, Roederer u. Stulz 27.
Basalzellenkrebs, Kozuma 71.
Befruchtung, künstliche s. Prostatektomie.
Berufsdermatosen, speziell Ekzem, Bloch 692.
Bilharziasis s. Harnblase.
Bindegewebsversilberung nach Bielschowsky, Liesegang 263.
Blasenausschläge im Säuglingsalter, Fischl 77.
Blastomykose (?) der Haut, Remenovsky 661.
— — — Zieler 383.
— s. Haut.
— Sammelreferat, Buschke, A. Rosenbaum, E. und Buschke, Kl. 461.
Blastomycosis americana (Gilchrist), Neuber 763.
Blastomykotische Erkrankungen, Perkel 309.
Blutbild s. kolloidale Reaktionen.
Blutflüssigkeit, kolloidale Struktur und Bedeutung des Cholesterins, Handovsky 263.
Blutkrankheiten, Pathologie der, Steinbrinck 670.
Blutregeneration durch ultraviolettes Licht, Levy 75.

Digitized by Google

NOT TO BE

Blutserum s. Hitzekoagulationspunkt.
Blut, Veränderung im Verlauf des anaphylaktischen Choks, Blum, Delaville u. van Gaulaert 672.
Boleyn, Anne, MacLaurin 69.
Botryomykose oder Granuloma pediculatum benignum, Spitzer 658.
Bowensche Krankheit, Back 343.
*— — Gutmann 641, 676.
— — Jamamoto 906.
— — Kleeberg 715.
— — Lévy 593.
*Bromtherapie, intravenöse, Hübschmann 828.
*— intravenöse, Wolff 116.
Brustdrüse des Mannes, Bailey 80.
Buccotropin in der Urologie, Karo 602.

Cervizitis und Urethritis chronische, Behandlung mit Laminariastäbchen, Saudek 146.
Chancroid s. Modern Diagnosis unter Syphilis.
Chemotherapie, neuere Ergebnisse, Raiziss Tulchinsky 184.
*Chilblainlupus, Peter 701, 738.
— Sachs 664.
Chininexanthem, fixes, Urbach 139.
„Chloramin Heyden", Schwere Nierenschädigung und Urämie nach, Goldstein 691.
Chlorionen s. Entzündungen.
Cholesterinämie beim Skorbut, Ssokoloff 730.
Cholesterin s. Blutflüssigkeit.
Cholesterinnachweis, mikrochemischer, Schultz 667.
*Chromidrose, Fall von brauner, Schoch 12.
Cliniques Dermatologiques, Brocq 392.
Cohnheimscher Entzündungsversuch, Westphal 268.
Colliculus seminalis, physiologische Bedeudeutung, Fischl 890.
Condyloma acuminatum s. Warze.
Congenitaler, ektodermaler Defekt, MacKee u. Andrews 391.
Cornea s. Epithelfasersystem.
Cornu cutaneum, Barthélemy 100.
Cornua cutanea s. Dyskeratosis.
Cuprex, Barwinski 462.
Cutis marmorata pigmentosa, Sachs 221.
— rhomboidea hypertrophica cervicis, Nikolsky 591.

Dampfförmige Medikamente s. Nasen-Rachenschleimhaut.
Dariersche Krankheit, Fuhs 134, 662.
— — Gruß 659.
— — von zosteriformem Typus, Burnies u. Rejsek 624.
Demi-vierge, die, Marcuse 635.
„Dermaforine" in der venerischen Praxis, Lempert-Teleia 346.
Dermatitiden, berufliche und gewerbliche, Statistik, Oppenheim 279.
— durch Radiohörer, Marcus 280.
Dermatitis, akute, s. Urticaria.
— Bäcker-, Parsons 279.
— bullosa, Spitzer 180.
— Butyn-, Greenwood u. Quest 280.
— durch Harz, Caste 454.
— — Pediculoides ventricosus, Askins 462.
— — gefärbten Pelz, Roxburgh 813.
— — Raupen, Kantor 178.
— Erfrierungs-, Röntgentherapie, Borak 724.
— exfoliativa der Neugeborenen, Fisher u. Wittenberg 147.
— herpetiformis, Neugebauer 222.
— — Duhring, Kantor 841.
— — pustulosa et vegetans, mit Eigendarmvakzine behandelt, Meineri 449.
— s. Hexanitrodiphenylamin.
— kleinpustulöse, Spitzer 137.
— Hopfen-, O'Donovan 280.
— Kunstharz-, Spitzer 658.
— s. Lack.
— menstrualis (erysipelioidea), Berde 730.
— s. Papillome.
— Pelz-, Lancet 280.
— Pikrinsäure-, Semon 279.
— polymorphe schmerzhafte von bullösem Typus, mit Arsen und Röntgenbestrahlungen der Milz behandelt, Pautrier, Stricker u. Metzger 29.
— s. Radio.
— reticularis, Tschvanoff 489.
*— s. Spargel.
— ulcerosa durch Streptobazillus, Aberastury 525.
— Verätzungs-, Spitzer 180.
Dermatofibrome s. Fibrosarkome.
Dermatologie s. Hautkrankheiten.
— im Lichte der neueren Forschung, Buschke u. Peiser 268.
— und Venerologie, Jadassohn 908.
Dermatomyositis s. Polydermatomyositis.
Dermatophyten, über, Grigoraki 761.
Dermatomyzeten in Moskau, Finkelstein u. Sigalow 102.
Dermatotherapie, neue Wege, Luithlen 274.
Dermatose, strichförmige, Pils 181.
— exsudative, polymorphe, Kirschenblatt 788.
— Urtikarielle Berufsdermatose, Ullmann 842.
Dermatosen, Behandlung von — mittels Bakteriophagie, Gougerot u. Peyre 39.
— s. Beruf.

Digitized by Google

Dermatosen, Konstitution bei, s. Keratosen.
— prämykotische, s. Granulome.
Dermographismus, Vallery, Krief u. Jaquemaire 75.
Dermolentsalben, Schreiner 278.
*Dermoreaktionen, Heubner 406.
*— Antwort auf Heubner, Sellei u. Fenyö 407.
Descensus testiculorum, über, Skworzoff 230.
Diabetes s. Ulcus cruris.
Diagnose, Fall zur, Arzt 224, 660.
— — — Graham Little 228, 787.
— — — Lousts, Lévy-Frankel u. Thibaut 557.
— — — Luithlen 658.
— — — (Gumma gingivae?), Oppenheim 664.
— — — (Staphylodermie?), Oppenheim 664.
— — — Nobl 139.
— — — Pautrier 30.
— — — (Sarkoid?), Semon 453.
Diathermie, Kowarschik 312.
— Walther u. Peacock 602.
Dikodid als Sedativum der männlichen Genitalsphäre, Simon 277.
Diphtheriebazillen, Verhalten auf den menschlichen Geweben, Radice 360.
Diphtherieschutzimpfung, Degkwitz 393.
Diphtherietoxinreaktion, intrakutane nach Schick, Opitz 394.
Diphtherie s. Pseudo-.
Diphtherieschutzimpfung in München, Organisation, Degkwitz 727.
Diphtherie s. Wund-.
Diplokokken, Grampositive, s. Urethritis.
Dispanser, Arbeit der lokalen, Halperin 878.
— — des Smolensker venerologischen, Krom 878.
— Bekämpfung der Erbsyphilis, Gitmann 487.
— Jahresbericht aus dem Saratower venerologischen, Okunn 486.
Disposition s. Krankheit.
Dreiwegeschaltung für Injektionen, Kaufmann 279.
Dupuytrensche Kontraktur, Nishiwaki 71.
Dyskeratosen, kongenitale, Symptomatologie und Histologie, Brünauer 31.
— — Schäfer 905.
Dyskeratosis congenita palm. et plant., Onychogryphosis cornua cutanea, Leukokeratosis mucosae oris, Schmelzdefekte der Zähne, Dystrophia congenita corneae utr., Brünauer 134.
Dystrophia adiposogenitalis, Pathogenese, Kraus 79, 731.
— — — Raab 731.
— congenita corneae s. Dyskeratosis.
Efeuschädigung, Rhus toxicodendron bei, Williams u. McGregor 308.
Eheberatung, Gschwendtner 188.
Eigenblutbehandlung, Tenckhoff 689.
Eigenblut bei Infektionskrankheiten, besonders Flecktyphus, Kirschenblatt u. Nasarjanz 464.
Eigenblutinfiltration, Schlesinger 397.
— s. pyogene Prozesse.
Eineier s. Erblichkeit.
*Eisen-Aluminiumlösung, Kolloide u. neuere Wege in der Therapie, Richter 479.
Eiterzellen, Atmungsprozeß der, D'Avanzo 524.
Ekvasol bei Krätze, Eblinger 461.
Ekzem, Ätiologie, Memmesheimer 395.
*— als Unfallneurose, Brill 569.
— Behandlung des neurogenen mit Höhensonne, Mosse 728.
— s. Beruf.
*— chronisches s. Pruritus ani.
— s. kongenitale Syphilis.
*— der Bäcker, Ursache, Mühlpfordt 708.
— der Nase, Röntgenbehandlung, Nagy 728.
— s. Gewerbe.
*— Reaktion der Haut gegen Kokken und deren Toxine bei, Peter 501.
— rezidivierendes, chronisches, hyperkeratotisches, Birnbaum 382.
— s. Psoriasis.
— Statistik, Ando 71.
— und Asthma, Keller 751.
— und endokrine Drüsen, Carvera 527.
Ekzeme, Ätiologie der chronischen, Maximčeva 145.
— Röntgenbehandlung, Guarini 450.
Ekzematöse Erkrankungen, Beziehungen zu inneren Leiden, Ehrmann 188.
Elastische Fasern s. Haut.
Elektrische Strommarke, Formation der, Jellinek 905.
Elektrischer Strom, Einwirkung auf Epithel- und Krebszelle, Delbanco 670.
Elektrizität in der Dermatologie, Chipman 278.
Elektroden zur Oberflächenelektrolyse, Hanriot 595.
Elektrokoagulation s. Hautgeschwülste.
Elefantiasis, ano-rektovulväre, tuberkulösen Ursprungs bei Lues, Hudelo, Cailliau u. Pierrot 72.
— papillomatosa circumscripta, Urbach 659.
Encephalitis epidemica s. Nagelveränderungen.
Endokrine Drüsen und Abwehr, Seitz 264.
— — und Haut, Pulvermacher 399.
— — und Hautveränderungen, Gans 399.
Endokrines System s. Keimdrüsen.
Endoskopische Kabel, Vereinheitlichung („Enduni-Kabel"), Praetorius 602.

Digitized by Google

Entzündung, Pathogenese, Török 345.
— und Nervensystem, Königstein 671.
Entzündungen und maligne Neubildungen, Bedeutung der Chlorionen für Heilung, Andersen 277.
Enuresis, Amberg 607.
— Fraisse 195.
— sexual-neurotisches Symptom, Marcuse 907.
Eosinophile Granulationen s. Leukozyten.
Epidermis, Schmerzpunkte in den verschiedenen Körperregionen, Strughold 233.
Epidermolysis bullosa s. Syphilis congenita.
— — Calhoun u. Brown 810.
— — Castle 786.
— — dystrophica, Ssobolew 225.
Epidermophytien durch Trichophyton granulosum, Pautrier u. Rietmann 28.
Epididymitis, operative Behandlung, Szabó 890.
— erotica, Tieck 483.
Epithelan s. Wunden.
Epithelfasersystem der Hornhaut, Mans 666.
Epithelwucherungen nach Gewebsschädigungen, Yamauchi 269.
Epitheliom auf Lupus erythematodes nach Röntgenbestrahlung, Graham Littel 228.
— Nobl 139.
— der ganzen Unterlippe, Pautrier 594.
— der Glans, Sackenreiter 594.
— flaches, ekzematoides, Ehrmann 140.
— primäres der Brustdrüse und einer Lymphdrüse, Chatellier u. Nanta 558.
— s. Radiodermatitis.
— seborrhoischer Ekzemplaque ähnelnd, Nobl 139.
Epitheliome, multiple, benigne, zystische, Gilmour 484.
— oberflächliche der Haut, Martinotti 427.
— s. Verhornungsprozeß.
Epithelisierungsverfahren mittels des Epithelbreies, Hilarowicz 358.
Epithelkörperchen s. Sklerodermie.
Erblichkeit des Papillarliniensystems und Erbgleichheit der Eineier, Leven 640.
— s. Haarstrich.
Erfrierung s. Dermatitis.
Erfrierungen s. Livedo racemosa.
Erysipel s. Scharlach.
— Behandlung, Löwenstein 398.
— — mit Methylenblau, Russo 397.
— des Fingers, Behandlung, Eranke 398.
— rezidivierendes Gesichts-, Jacobi 717.
Erysipelas perstans, Watrin 101.
Erysipeloid, Behandlung, Sack 398.
— — Mühlpfordt 397.
— v. Redwitz 397.
— Rupprecht 397.
— Umspritzung, Huber 729.
Erysipeloid und Erysipel, Behandlung mit Ichthyolkollodium, Richarz 398.
Erythem, flüchtiges, retikuläres bei abortiver Ichthyosis, Bonnet 396.
— ödematöses bei Kindern, sog. Akrodynie, Butler 810.
— multiformes, Nobl 132.
Erythema anulare centrifugum, De-Bella 523.
— — — Bory 415.
— circinatum, Graham Little 786.
— — Gray 786.
— — centrifugum, Sabouraud 624.
— exsudativum multiforme auf der Vaginalschleimhaut und Portio vaginalis, Holzschuh 725.
— — — mit seltener Lokalisation, Urban 347.
— — — persistierendes, Dowling 228.
— figuratum perstans, Freund 658.
— induratum, Alderson u. Col 108.
— — Buschke 302.
— — Fischer 521.
— — Hellmann 664.
— — Nobl 179, 221.
— — Remenovsky 179.
— — Sachs 492.
— migrans, papulo-zirzinäres, Typus Darier, Sabouroud 73.
— multiforme, Kumer 178.
— — bullosum, Porias 181.
— — nach postskarlatinöser Nephritis, Wigley 787.
— nodosum, Kasuistik, Avoson 492.
— — Graham Little 786.
— — s. Diathese.
— perstans gyratum, Nobl 662.
— scarlatiniforme desquamativum recidivans, Cervera 527.
Erythrasma, Resorzin-Perkutol bei, Hoffmann 143.
Erythrodermie, O'Donovan 786.
— bei tuberkulöser Lymphdrüsenerkrankung, Langer 717.
— ichthyosiforme, Familienbeobachtung, Wile 308.
— (Leiner), intravenöse Blutinfusionen, Schiff u. Bayer 396.
— pityriasique en plaques disséminées, Bruhns 302.
— — — — — Sachs 138.
Erythromelie, Louste, Caillau u. Darquier 415.
— Pick s. Atrophie.
Erythrose faciale atrophiante, neuer klinischer Typus, Pautrier 28.
Eunuchoider Typus bei Lues congenita, Buschke 715.
Exanthem, chronisch juckendes, papulöses der Achselhöhlen und Schamgegend, Knowles u. Hartdraut 308.

Digitized by Google

*Exanthem bei Menses s. Toxikoderma.
— fixes, nach salizylsaurem Natrium, Klotschkow 489.
*— scharlachartiges, bei Lungentuberkulose, Schoch 197.
— und Erytheme im Kindesalter, besondere, Leiner 763.
Exanthema subitum, Mouzon 464.

Farbstoffphänomene s. Serum.
Favus an unbehaarten Körperstellen, Takahoshi u. Takenouchi 262.
— des behaarten Kopfes, der unbehaarten Haut und der Nägel, Hügel 30.
Fellnersche Papelsubstanzen, Bessau u. Köhler 467.
Fibroadenomatose der Mamma, v. Linhardt 421.
Fibrolipoadenoma intracanaliculare sarcomatodes xanthomatodes mammae, Binkert 428.
Fibrom der Bauchdecke, Arzt 665.
Fibrome der Haut, periartikuläre, Mac Leod u. Wigley 787.
— multiple, harte, an Finger- und Zehenspitzen, Sakurane 71.
Fibrosarkom der Haut, knollentreibendes, Hoffmann 788.
Fibrosarkome, progressive und rezidivierende, Darier 185.
Filarien s. Adenolymphozele.
— -Chylurie und Azetylarsan, Roques u. Chatellier 625.
Filzläuse auf dem behaarten Kopfe, Klöve 462.
Filaria medinensis, Stulz u. Fontaine 28.
Fisteln, Behandlung s. Thorium X.
— s. ultraviolette Strahlen.
— und Schleimhautaschen der Unterlippe, Hilgenreimer 421.
Fistula ani, Rolle der Tuberkulose und Syphilis, Tissier 232.
Fleckfieber, lösliches Mercurochrom 220 bei Rocky Mountain, Greeley 792.
Flecktyphus s. Eigenblut.
Fluor, Kolpocleaner bei, Kaldori 231.
Follikulitis, atrophisierende, Birnbaum 383.
*Fox-Fordycesche Krankheit, Fischer 821.
— — — Freund 522.
— — — v. Karwowski 750.
Framboesie s. WR.
— s. Yaws.
— in Missouri, Cady u. Engman 307.
Fruchtbarkeit s. Prostatektomie.
Furunkel, Gesichts- und Nackenkarbunkel, Behandlung, Berndt 397.
— hämorrhagische Behandlung, Kuhn 397.
— s. pyogene Prozesse.
„— und Karbunkel, Behandlung", Erwiderung, Horn 78.
Furunkulose, perkutane Behandlung mit „Staphimun", Wiegand 729.
— Wassermannsches Histoplast bei, Oberndorfer 396.
Fusiforme Bazillen und Spirochäten, bei gesunden Frauen, genitalen Infektionen und Tumoren, Pilot u. Kanter 390.
Fußsohlen, symmetrisch zyanotisch-livide Verfärbung, Pernet 813.

Gangrän, Behandlung seniler, Barth 354.
Gefährdetenfürsorge, Handbuch der amtlichen, Pappritz 628.
Gefäßnervenbahnen an den Extremitäten, Brüning 235.
Genitale s. Dikodid.
— experimentelle Pharmakologie des männlichen 9. Samenstrang in situ, Perutz u. Merdler 751.
*— Physiologie und Pathologie des männlichen, Ionenwirkung auf Tätigkeit des Samenstranges, Perutz u. Merdler 172.
— — des männlichen, II. Reflexe von verschiedenen Organen auf das, Perutz u. Merdler 751.
Genitalerkrankungen, die nichtvenerischen, Callomon 312.
Genitalhaut, Sonderstellung bei der Sensibilitätsleitung, Karplus 233.
Genitalorgane, Beziehungen der — zu Hautveränderungen, Wiener 190.
Gerichtliche Medizin und die Kunst, die Daten festzustellen, Thibierge 639.
Geschlechtliches Leben, Ergebnisse einer Umfrage, Golosowker 487.
— — des russischen Studententums der Revolutionszeit, Weissenberg 634.
Geschlechtsdrüsen, Antagonismus, Lipschütz 601.
— Veränderungen beim Hungern; Sterilisation der Bevölkerung unter dem Einfluß von Hunger, Stefko 630.
Geschlechtsentwicklung s. Nebennieren.
Geschlechtskrankheiten, Bedeutung der medizinischen Maßnahmen zur Bekämpfung, Jadassohn 636.
— Bekämpfung in Dänemark, Haustein 637.
— — — England, Haustein 637.
— — unter Mitwirkung der Beratungsstellen der Landesversicherungsanstalten, Scholz 636.
— Gerichtsentscheidungen über die Rechtsbeziehungen, Heller 637.
*— Gesetzliche Regelung der Bekämpfung, Delbanco 62, 96, 127.
— Methode der sanitär-aufklärenden Arbeit, Wein 487.
— Proteintherapie bei, Bonnet u. Pétouraud 887.

Digitized by Google

Geschlechtskrankheiten, psychische Reaktionen auf, Meyer 233.
— Schutz der Kinder vor, Gumpert 636.
— Sondereinrichtungen in Massachusetts zur Bekämpfung, Kelley u. Pfeiffer 638.
— Verbilligung der Behandlung, v. Zumbusch 636.
— Zwangsbehandlung und -bewahrung, Fischer-Defoy 637.
— und ihre Bekämpfung, Oelze u. Oelze-Rheinboldt 490.
— bei Männern und Frauen, Statistik, White 907.
Geschlechtskunde, Hirschfeld 351.
Geschlechtsleben der Frau, Golossowker 312.
— Einfluß des Kokains auf das, Aschaffenburg 907.
— Gefahren des, Fischer 228.
Geschlechtsorgane, kryptogenetische Entzündung s. Harn.
Geschlechtsveränderung durch Experiment, Benoit 232.
Geschwülste, Beeinflussung der malignen mit elektrotopen Substanzen, Karczag, Teschler u. Barok 82.
— Bekämpfung bösartiger, Jacobsohn 759.
— bösartige und Oberflächenspannung, Solowiew 423.
— heutiger Stand der Lehre von den, Sternberg 187.
— Isaminblau gegen bösartige, Roosen 428.
— Klinik der bösartigen, Zweifel u. Payr 35.
— subunguale, Barré u. Masson 30.
— s. Tumoren.
Geschwulstwachstum — Ernährung — Stoffwechsel, Händel 81.
Geschwulstzellen, Biologie, Fischer 81.
Geteerte Mäuse, Hautorgan, Lipschütz 426.
Gewebe, Kultivierung, Carrel 270.
— in vitro, Einfluß der Kalziumione usw. auf das Wachstum, Mendelejeva 144.
— Züchtung, Kauffmann 667.
Gewerbeekzeme, Krüger 135.
Gewerbliche Schädigung, Brünauer 134.
Gicht, Disposition mit Berücksichtigung der Nieren. Armbruster 34.
Glossitisähnliche Schleimhauterkrankung der Nase bei perniziöser Anämie, Schwenkenbecher 103.
Glyzerinpflanzenschleimpräparat in der Dermatologie, Scherber 278.
Gonokokken, Lebensdauer im menschlichen Blut, Hirsch 883.
— Kultur, Strempel 883.
Gonokokkennährböden, Säurezusatz, Lorentz 883.
Gonorrhoe, Aqua Santali bei, Kaldori 191.
— Arthritis beim Säugling, Fischer 598.
— — mit Eiter in der Gelenkhöhle, Lavandera 598.
— — nach G. neonatorum, Pritzl 884.
*— Auto- oder Frischvakzine bei, Kropp 298.
— Behandlung, Kilduffe 884.
— — bei Frauen, Bemerkung zur Arbeit von Rumpel, Odenthal u. Kohl 451.
— Behandlung der akuten, Abraham 191.
— — — Bartholonitis, Hübner 886.
— — — Epididymitis mit Milch, Goldschmidt 601.
— — — — Sirota 600.
— — — weiblichen — mit Kollumkapseln nach Pust, Braun 31.
*— — durch Vakuum, v. Geist 553.
— — Fortschritte, Friedländer 599.
— — mit Reargon, Procházka 145.
*— — — Targesin, Kärcher 783.
— Blasenlähmung bei, Görl u. Voigt 598.
— Canaliculitis peno-scrotalis ulcerosa, Puente 527.
— chronische Cowperitis, Smirnow u. Schischow 486.
— der Kinder, Bekämpfung, Sutejew 102.
— des Mastdarms, Gál 884.
— — Mundes, Mockovits 884.
— Diagnose der weiblichen, Glingar 191.
— Diathermie bei, Ehrich 309.
— — — Epididymitis, Corbus u. O'Conor 192.
— Divakzine bei, Gliener 102.
— Einspritzungen kleiner Quantitäten Milch bei Komplikationen, Djakow 34.
— „einst und jetzt", Clem 483.
— elektrische Ionisierung bei akuter Urethritis anterior, Catzéflis 32.
— Eosinophilie bei, Ortschinnikow 486.
— Erkrankungen der Harnwege, Epyedi 345, 346, 347.
— experimentelle Untersuchungen über Silberpräparate, Jacobsohn u. Erlanger 599.
— Folgen angeblich geheilter, Dorsey 309.
— Frühgeschichte der Bougiebehandlung, Lejeune 601.
— Gono-Jatren bei Epididymitis, Tichomirow 311.
— Grundlagen der modernen Behandlung, Zieler 843.
— hartnäckige, Wolbarst 309.
— Hauterscheinungen bei, Pugh 69.
— Hautmetastase an der rechten Wange, Arndt 304.
— Ikterus im Verlauf einer komplizierten, Raynaud, Montpellier u. Boutin 227.
— intraskrotale Injektion von NaCl-Lösung bei Epididymitis, Hamada 71.

Digitized by Google

Gonorrhoe, intravenöse Vakzinetherapie, Falchi 885.
— — — bei Adnexerkrankungen, Pierangeli 886.
— isolierte Erkrankung eines paraurethralen Ganges, Leites 34.
— — — — — — Mühlpfordt 598.
— kindliche, Methoden der Diagnostik und Therapie im Institut zu Moskau, Johannsen 877.
— Klinik später Komplikationen beim Manne, Sutejew 810.
— latente Bazillenträger, David 593.
— lokale Behandlung der Vaginitis im Institut zu Moskau, Weselow 877.
— Lokaltherapie der männlichen und weiblichen mit Tampovagan-Zervix- und Urethra-Gelatinestäbchen, Schmeidler 599.
*— männliche, Rivanol bei, Kartamischen u. Lewith 446.
— Merkurochrom bei, Lavandera 885.
— s. Modern Diagnosis unter Syphilis.
— moderne Diagnostik und Therapie, Cohn 599.
— mykotische Aneurysmen durch Gono- und Pneumokokken, Reifenstein 598.
— neuere kolloidale Silberpräparate, Langer u. Peiser 600.
— Orchitis, Salutzki 102.
— paraurethrale Kanäle beim Weib, Crosti 524.
— pathologische Anatomie und Histologie der Epididymitis, Iljinski 311.
— Prognose, Mestschersky 489.
— Prophylaxe in Kinderheimen, Mammot 487.
— Proteinkörpertherapie, Ahlswede u. Busch 309.
— Reargon als Antiseptikum, Zakarias 600.
— — bei, Klindert 191.
— — — Lamprecht 192.
— — — Weiskopf 606.
— — — Mergelsberg 885.
— — — Köhler 885.
— — — Riem 885.
— — ein Fortschritt? Portner 885.
— — — — — bei? Nagel 192.
— — Versuche mit, Kuhn 192.
— reizlose Behandlung durch Novokain-Adrenalinzusatz, Krösl 191.
— Reizung der Gewebe als Prinzip der Behandlung, Diakoff 592.
— Röntgentherapie bei Bartholinitis gonorrhoica, Sieber 600.
— Samenblasenentzündung, Diathermiebehandlung, Roucayrol 807.
— Schieferöl bei Epididymitis, Holzamer 600.
— spezifische Behandlung der akuten, Roblee 69.
Gonorrhoe, Steinbildung bei Reargonbehandlung, Lissner 600.
— Targesin bei, Harry 885.
— Uteruskrebs kompliziert mit gonorrhoischer Salpingitis, Röntgenbestrahlungen, Kress 599.
— Verhütung von Komplikationen mittels Novoprotin, v. Heiner 599.
— Wert der Kulturmethode, Cohn u. Simon 753.
*— Wismutbehandlung, Landt 515.
— Zervixveränderungen bei kleinen Mädchen, Scomazzoni 524.
— und Syphilis in der belletristischen Literatur, Grün 312.
— — Verantwortlichkeit, Silver 483.
Grampositive Bakterien, Ektoplasmadarstellung, Gutstein 668.
Gramsche Färbung s. Bakterienektoplasma.
— — Schumacher 263.
Granulom der Leistengegend, Fraser 487.
Granuloma annulare, Dowling 787.
— — Rusch 133.
— — Sachs 658.
— — Tanimura 452.
— inguinale, therapeutische Wirkung zweier neuer Antimonpräparate, Randall 883.
— pediculatum, Bruhns 720.
— — Ätiologie, Pathogenese, Balog 269.
— — benignum oder Botryomykose, Spitzer 658.
Granulomatöse Läsionen der Beine, Gray 786.
Granulome der Kopfhaut und prämykotische Dermatosen, Nobl u. Sukman 348.
— durch pathogene Sproßpilze, Riehl jun. 904.
Granulosis rubra nasi, Spillmann, Pelthier u. Watrin 101.
Gußverbrennung, Toxikodermie, Brünauer 133.
— Fuhs 224.

*Haaranomalie s. Friedreichsche Ataxie.
Haarausfall s. Kopfhaut.
Haarerkrankungen, v. Westphalen 749.
Haarfarbe, Studien über, Mayr 459.
Haarfärbung, Joseph 460.
Haar s. Kopfhaar.
Haarstrich einiger Doppelmißbildungen des Rindes, Niedoba 640.
Haartracht und Ohrekzem, Doctor 692.
Haarwuchsmittel, experimentelle Prüfung, Jessner 459.
— „Genkwa", Kitahara 452.
Haemangioma cavernosum an der Unterlippe, Haller 732.
Hämorrhagische Diathese, Freund 177, 663.
— — und Erythema nodosum, Lopatin 225.

Digitized by Google

Hämorrhoiden, Behandlung mit Posterisan, Rubens 906.
— Diagnose und Behandlung, Kuttner 232.
— operative Behandlung, Mühsam 232.
— s. Varizen.
Hammelblutkörper s. Syphilis.
Handflächen und Fußsohlen s. Hautkrankheiten.
Handschwielen und Berufsarten, gerichtlich-medizinischer Standpunkt, Natori 559.
Händedesinfektion, Tanninwasserlösung für, Pokotilo 277.
Harnantiseptica, experimentelle Untersuchungen, Takahashi 784.
Harnausscheidung, Veränderung der bei Bakeriurie und Pyelitis, Schlayer 182.
Harnblase s. Amöbenzystitis.
— Behandlung der Geschwülste, Joseph 846.
— Beseitigung von Abflußhindernissen am Hals mittels Hochfrequenz, Caulk u. Sandford 888.
— Bewertung des epithelialen Sedements für die Geschwulstdiagnose, Stenius 889.
— Bilharziaerkrankung, Schwarzwald 606.
— Bilharziasis der, Williamson u. Townsend 195.
— Desinfizientia s. Buccotropin, Cylotropin.
— Divertikel, Klinik und Operation, Négro u. Blanc 261.
— Einklemmung im Schenkelring, Laskownicki 262.
— Ektopie, Epstein 887.
— Entzündung der Trigonum als Ursache der Reizblase, Hammond 605.
— Fibroadenom, Uteau 808.
— Fremdkörper, Bond 606.
— — Lehotzky-Semmelweis 889.
— — in der, Kasuistik, Posner 184.
— neue Methode zur allmählichen Entleerung bei hochgradiger Retention, Cunningham 605.
— Papillom, Harnverhaltung, Perrier 451.
— Pathologie der Geschwülste, Christeller 845.
— Plasmom, Marion u. Leroux 261.
— Polypen oder bullöses polypöses Ödem; Fulguration, Busson u. Danziger 455.
— pfeifenförmiger Stein, Misumi 71.
— Punktion, Kokoris, D. 194.
— Resorption örtlich betäubender Mittel, Saito 607.
— Sarkom, Cirillo 807.
— seltene Fremdkörper, Marinescu 807.
— Sklerose des Schließmuskels, Voelker 888.
— s. Tuberkulose.
— ungewöhnliche Verschlüsse des Halses, Harpester, Brown u. Vogelsang 483.
Harnblasenblutungen, Thomas 605.
Harnblasendivertikel, Schoonover 606.
Harnblasenpapillom, Röntgentherapie, Schoenhof 607.
Harnblasenrupturen, Crosbie 606.
Harnblasenschleimhaut, Vitalfärbung mit Methylenblau, Huber 608.
Harnblasenstein, Talg als Kern eines, Baldwin 606.
Harnblasentumoren, maligne, Bumpus 607.
Harnblasen- und Dauerfisteln, Bildung von, Fonseca 34.
Harnleitermündungen, inkrustiertes Geschwür an den, Rubritius 182.
Harnleiterschleimhaut, Prolaps, Uteau 808.
Harnleiterverletzung bei Schwangeren, Straßmann 184.
Harnröhre, angeborene Verengerung, Burrell 309.
— Divertikel der, Sisk Madison 194.
— Lokalanästhesie, Lewis 604.
— Pathologie der hinteren, Livermore 888.
— s. Prostata.
— Radium bei Verletzungen der weiblichen, Porneroy u. Milward 892.
— Wucherungen nach chron. Endzündung, Wassiljew 877.
Harnröhrenfollikulitiden und Abszesse, Hochfrequenzbehandlung, Busson 261.
Harnröhren-Mastdarmfistel, Behandlung, Koelcker 182.
*Harnröhrenschleimhaut, männliche, normale und pathologische Anatomie, Wiede 793.
Harnröhrenstein der Pars prostatica, Israel 226.
Harnröhrensteine, Mapes 69.
— von ungewöhnlicher Größe, Clay, J. 605.
Harnröhrenstriktus, Therapie der, Bachrach 605.
Harn- und männliche Geschlechtsorgane, kryptogenetische Endzündung der, Lewin 183.
Harnverhaltung, intravenöse Urotropintherapie, Vogt 632.
Harnwege, Cylotropin bei Infektion der, Isaac-Krieger u. Noak 607.
— Desinfektion durch ovale Resorzinolverabreichung, Leonard 889.
— Eingriffe wegen Steinen, Lévy 226.
— Erwiderung auf Bemerkungen Blums, Praetorius 34.
— Purpura der oberen, Bemerkungen zu Praetorius' Artikel in Bd. 18, Blum 34.
— Strahlendiagnostik, François 450.
— therapeutische Erfahrungen bei Infektion, Morawitz 843.
Haut s. Angio.
Hautabsonderung, Einwirkung bei Menstruierenden auf die Hefegärung, Polano und Dietl 235.

Digitized by Google

Hautallergie, Veränderung durch physikalisch-chemische Mittel, Tschimanko 102.
Haut als immunisierendes Organ; Bedeutung für die Insulinwirkung, Müller 265.
*Hautaspergillose, Hodara u. Behdjet 476.
Hautatrophie, erworbene diffuse idiopathische, kombiniert mit makulöser Atrophie, Urbach 659.
— idiopathische angioneurotische und Leriche-Operation, Heller 717.
Haut, Bedeutung bei Infektions- und Immunitätserscheinungen, Hartoch, Muratowa, Joffe u. Berman 669.
— — für Wasserabgabe, Moog 234.
— Biologie, II. Leukozytose nach Intrakutaninjektion unspezifischer Stoffe, Hizume u. Vollmer 234.
— — Säure-Basengleichgewicht, Leukozytensturz nach Intrakutaninjektion, Vollmer u. Schmitz 671.
Hautblastomykose, Allergieerscheinungen, Ramel 754.
— Pathogenese, Therapie, Neuber u. Röhlich 763.
Hautdiphtherie im frühen Kindesalter, Götze 395.
— — — — Reinhardt 360.
*Haut, Einfluß kurzwelliger Strahlen auf die Permeabilität, Gans u. Schloßmann 469.
Hautentzündungen nach Ersatzstoffen, Galewsky 279.
Hautgeschwülste, Elektrokoagulation, Hanriot 595.
Haut, histologische Physiologie: Austausch zwischen Epidermis und Korium und das tropho-melanotische Netz, Pautrier u. Lévy 590.
Hautinfektionen, Behandlung mit Bakteriophagen, Gougerot u. Peyre 416.
Hautjucken s. Lichen planus.
Hautkrankheiten, Macleod 489.
— an der Hand von Fällen, Blaisdell 69, 185, 309, 484.
— Atlas und Grundriß, Mraček, Jesionek u. Mulzer 35.
— — Riehl u. Zumbusch 490.
— Behandlung s. Mineralwässer.
— der Handflächen und Fußsohlen durch vasomotorische Störungen, Ravogli 353.
— Einteilung auf ätiologischer Grundlage, Krzystalowicz 908.
— s. Heliotherapie.
— Idealklinik für, Towle 389.
— Intrakutantherapie, unspezifische, Hoff u. Heesch 451.
— s. Kalzium.
— s. Organotherapie.
— Physiotherapie, Suchareff 348.
— s. Röntgenbehandlung.
Hautkrankheiten und Anadhylaxie, Lehner 345.
— und Diathese, Siemens 268.
— — Disposition, Beck 669.
— — Infektionen des Kindesalters, Leiner 268.
— und sympathisches System, Golay 671.
Hautoberfläche, H-Ionenkonzentration, Memmesheimer 234.
Haut, Neutralsalzreaktionen, Bommer 273.
— Pathologie der elastischen Fasern und des kollagenen Gewebes, Sternberg 670.
— physikalisch-chemische Zustandsänderungen gesunder und kranker, Gans 669.
Hautpflege, wissenschaftliche Grundlagen der, Jesionek 36.
Hautpilze, pathogene, in Amsterdam, Papegaay 762.
— Variabilität pathogener, Grütz 461.
Hautpilzerkrankungen, Merkblatt, Buschke, A. 461.
Hautreize s. Leukozyten.
Haut, Reizversuche mit physiologischen Substanzen bei Normalen und Ekzematikern, Schürch 727.
Hautsarkoide, Ustinowsky 809.
Hauttransplantationen, vier Arten und verbesserte Behandlung von Skalpierten, McWilliams 359.
Hauttuberkuline, über neuere, Remenowsky u. Löwenfeld 751.
Haut und autonomes Nervensystem, Grumach 235.
Haut- und Geschlechtskrankheiten, Atlas, Šamberger u. Hübschmann 879.
— — — Praktikum, Oppenheim 228.
— — Geschlechtsorgane, Selbstbeschädigung bei Soldaten, Sachs 77, 601.
— — Geschlechtskrankheiten, Zentralblatt-Jahresregister 1922, Sprinz 489, 490.
— — — Zuckergehalt des Blutes bei, Nagy 669.
— — Schleimhäute, Heilvorgänge und Wirkung, v. Kapff 628.
— — vegetatives Nervensystem, Glaser 671.
— — — — bei Herdreaktion nach Bäder- und Reiztherapie, Stahl 39.
— — venerische Krankheiten 1923, Leningrader-Rotarmee-Ambulatorium, Hoshanowski 225.
— — Wasserhaushalt, Pulay 728.
Hautveränderungen, arteriosklerotische, Monacelli 524.
— trophische nach organischen Affektionen des Nervensystems, Dumpert 268.
Heliobrom in der Hauttherapie, Fejtö 347.
Heliotherapie bei Hautkranken, Referat, Schönstein 699.

Digitized by Google

*Helminthen bei Hautkrankheiten und ihre Behandlung, Schütz 897.
Herdreaktionen bei Bäder- und Reiztherapie s. Haut.
d'Herellesches Phänomen an Rotlaufbakterien, Miessner u. Baars 268.
Hermaphroditismus femininus externus, Mißbildung der Müllerschen Gänge, Kneringer u. Louros 886.
Hermaphroditismus, wahrer, doppelseitiger mit periodischen Blutungen, Burden 192.
Herpesartige Metritis, Belgodère 388.
Herpes, diffuser, Rabut 624.
— experimentelle Untersuchungen, Gildemeister u. Herzberg 726.
— febrilis, Pathogenese, Bastac u. Busacca 356.
Herpesinfektion, experimenteller Beitrag, Vegni 355.
Herpes, rezidivierender, Milian 27.
— simplex und zoster, Ergebnisse der Forschungen über Ätiologie, Doerr 726.
— — — — neuere Forschungen, Doerr 356.
— ungelöste Probleme, aktuelle Fragen, Luger und Lauda 725.
— tonsurans erythemato-squamosus bei Säugling, Fuhs 135.
— — maculo-squamosus, Leukoderma nach, Coha 146.
Herpesvirus, Grüter 356.
— zoster bei Hodgkinscher Krankheit, Pancoast 356.
— — Lähmung des Plexus brachialis bei, Goyet u. Chaix 357.
— — mit Erlöschen des oberen thorakoabdominalen Reflexes, Barkman 357.
— — mit motorischen und reflektorischen Störungen in der Regio thoraco-abdominalis, Ahlén 357.
— — Pathogenese, Lehner 788.
— — und Krysolgankur, Schelenz 41.
— — s. Varizellen.
— — Epinephrin gegen Schmerzen, Duke 727.
— — und Optikuserkrankung, Deutschmann 726.
Herpetiforme Erkrankung der Hornhautrückfläche, Schnyder 726.
„Herpetischer Zoster", Kerneinschluß oder Kerndegeneration? Lipschütz 726.
— — — — — Luger u. Sauda 726.
Heteroproteintherapie, intradermale, Couvert 689.
Hexamethylenaminvergiftung in der Kautschukindustrie, Cronin 280.
Hexamethylentetraminstearinat s. „Madimol".
Hexanitrodiphenylamindermatitis, Hoffmann 692.
Hidrozystadenome, Cervera 527.
Hitzekoagulationspunkt im Blutserum, Mayr u. Hofstadt 273.
Hoden, experimentelle und histologische Untersuchungen, Schinz u. Slotopolsky 630.
— Geschwülste der Scheidenhäute des, Günther 891.
Hodenhormon, Reaktion des, Lagrange 634.
Hoden, Retention, Boone 309.
Hodensarkom und Totalkastration, Quozuko 71.
Hoden, spontaner Untergang des gesunden, Küttner 630.
— — — — — Esau 891.
Hodenüberpflanzung, Rohleder 631.
Hoden, Zustand und Bau 2 Jahre nach Resektion des Samenleiters, Retterer 261.
Hodgkin mit Iliosakralerkrankung, geheilt durch Röntgenstrahlen, Pfahler u. O'Boyle 84.
Höhensonne, Anleitung für Bestrahlungen, Bach 419.
— s. Sonnenbehandlung und Heliotherapie.
Höhensonnenbestrahlungen, blutdrucksenkende Wirkung, Stickoxydulwirkung, Pollitzer u. Stolz 698.
Horngebilde s. Humagsolan.
Hornhaut s. Epithelfasersystem.
Humagsolan, Ernährung der Horngebilde durch, Matoni 459.
Hydroa vacciniforme, Hautreaktion auf Ultraviolettstrahlen, Takenouhi 71.
Hydronephrose, Begriff und Röntgenuntersuchung, v. Lichtenberg 183.
— einer Hufeisenniere, Steinbildung, Rochet u. Patel 807.
— traumatische Ruptur, Pfanner 556.
Hydronephrosis calculosa, Lucri 807.
Hydroureter, Stolz 185.
Hyperämie, Genese der reflektorischen Umgebungs-, Rajka u. Fürth 666.
Hyperkeratosis ichthyosiformis congenita generalisata, Aberasturg 526.
Hyperkeratose, schmerzhafte, berufliche, subungeale, Spillmann u. Mougolle 595.
Hypernephrom, Perlmann 846.
Hypertrichose des Weibes, Diathermokoagulationsbehandlung, Lanzi 523.
— nach intramuskulärer Hg-Injektion, Oppenheim 135.
— und Vererbung, Csillag 760.
Hypospadie, perineoskrotale, Radikaloperation, Jeanbrau 807.

Ichthyosis, Wolf 136.
— Dore 227.
— s. Erythem.
— Histopathologie; Veränderungen an innersekretorischen Organen, Chiappini 755.

Digitized by Google

Ichthyosis congenita oder Erythrodermie congénitale ichthyosiforme? Jordan u. Schamschin 755.
— hystrix, Sokolow 396.
— — nigricans, Dussetzkaja 311.
Ichthoxyl, Meska u. Fabian 454.
*Ichthoxylum. Ein neus Heilmittel, Šamberger 153.
Ideenbewegung, Naturgesetze, Hypothesen, Thedering 317.
Idiosynkrasien s. Allergie.
— Pathogenese, Urbach 752.
— verschiedene Formen, Adelsberger 265.
Immunität, Vererbbarkeit erworbener, Metalnikow 267.
Impetigo contagiosa, neue Behandlung, Sachs 360.
— varioliformis, Drouet u. Laurent 100.
Impotenz, „anhormale" und endokrines System, Pulvermacher 184, 846.
— hypophysärer Typus der sexuellen, Schüller 633.
— neue Behandlung, Lißmann 231.
Indikanurie in der Dermatologie, Krone u. McCaw 305.
Induratio penis plastica, Frank 887.
— — — Guerini 603.
— — — Morita 71.
— — — Rajka 345.
Infektionen, unsichtbare, Nicolle 464.
Infektionskrankheiten s. Eigenblut.
Insulinwirkung s. Haut.
Intrakutaninjektionen und Folgeerscheinungen, Müller 273.
Intravenöse Injektion, neue Nadel, Wollheim 278.
— Injektionen undurchsichtiger Lösungen, Thurzo 40.

*Janovsky, Viktor †, Trýb 623.
Jododerma tuberosum fungoides, Grün 810.
Jodpräparat Kainon, pharmakologische Untersuchung, Fritz u. Simon 690.
*Jucken, über das, Sellei 774.
Juvenin, Rothschild 231.

Kalium und Magnesium im Stoffwechsel, Oehne 666.
Kalkablagerungen s. Sklerodermie.
*Kalkansammlungen in der Haut, Guhrbauer 113.
Kalkkonkremente s. Thyreoidea.
Kalziumchlorat bei einigen Hautkrankheiten, Sirota 809.
Kalziumgehalt des Blutes bei verschiedenen Hautkrankheiten, Schwartz u. Levin 389.
Kalziumione s. Gewebe in vitro.
Kaninchen, Morphologie des Blutes eines normalen, Feigin 878.
Kapillarmikroskopie, Takahashi 71.
Karbunkel s. Furunkel.
— und andere Infektionen, Röntgenbehandlung, Hodges 78.
Karzinom s. Arsen.
— auf einem Lupus erythematodes, Dietel 142.
— Ausbau der Behandlung durch künstliche Entzündung, Spude 83.
— biologische Gesichtspunkte bei der Bestrahlungstherapie, Regaud 353.
— Chemotherapie, Ishiwara 82.
— der Blase, inoperables, Ableitung des Urins durch doppelseitige Nephro- oder Uterostomie, Damski 260.
— der Brust, operative Radium- u. Röntgenbehandlung, Schmitz 759.
— der Ferse mit tuberöser Elefantiasis, Nobl 136.
— der Haut, histogenetische Studien, Nissen 83.
— — — Röntgenbehandlung, Schönhof 83.
— der Mamma bei 46jähr. Mann, Gottron 304.
— der Nase, Vill 381.
— der Niere mit Hautmetastasen, Rosenburg 456.
— der Prostata, klinische Diagnose, Fischer 629.
— der Tonsillen, Röntgen- und Radiumtherapie bei, Grier 459.
— der Vulva, Löwenfeld 219.
— der weiblichen Harnröhre, Diathermiebehandlung, O'Conor 194.
— des Hodens oder Seminalepitheliom, Ryser 890.
— des Penis, ein Jahr nach der Radikaloperation, Smith 604.
— des Uterus s. Gonorrhoe.
— Diagnose, Ewing 758.
— — mit der Meiostagminreaktion, Luger u. Weis 82.
— Entstehung und Heilbarkeit, Opitz 422.
— Erblichkeit, Schneider 424.
— — Wachtel 424.
— Erzeugung durch lokale Reize bei Cholesterinfütterung, Borst 424.
— Experimentalpathologie, Dunham 757.
— hämatogene, subkutane Metastasen, Rusch 220.
— Indikationen für Radium und andere Behandlungsmethoden, Schmidt 353.
— in vitro gezüchtete Stromazellen des Flexner-Jobling-, Erdmann 427.
— Kochsalzbreibehandlung u. -anreicherung, Andersen 759.
Karzinomkranke, vegetatives Nervensystem bei, Margolin 671.
Karzinomkranker, Wirkung des Serums eines auf das Gewebe im Explantat, Körbler 427.

Digitized by Google

Karzinom s. Lupus.
— s. Mäuse.
— neoplastische Bakterien im, Blumenthal, Auler, Meyer 426.
— s. Nävus.
— Narben- Itoh 70.
— Plattenepithelkrebs s. Lupus erythematodes.
— Problem der Entstehung, Grütz 758.
Karzinomproblem und Oberflächenspannung, Kopaczewski 756.
— Selbstbeschränkung des, Broders 756.
— serologischer Nachweis nach Kahn, Büttner 424.
— s. Syphilis-Stirnbein.
— über -bildung, Bierich 423.
— und alimentäre Leukopenie, Seidl 423.
— und Haut, intrakutane Krebsdiagnostik, Hoff u. Schwarz 424.
— und Röntgentherapie, Fraenkel 318.
— Ursachen, Verhütung, Heilung, Anderschon 229.
Karzinomzelle s. elektrischer Strom.
Karzinomzellen, biochemische Untersuchungen mittels artfremder Sera, Illing 757.
Karzinomatöse und vorkarzinomatöse Prozesse der Haut, MacCormac 417.
Karzinome bestimmter Lokalisation, Verhütung von, Scherber 427.
— der Haut bzw. der äußeren Haarwurzelscheide, Hedinger 758.
— — — Riehl 758.
— Einfluß der Oberflächenspannungserniedrigung auf das Wachstum transplantabler, Kagen 423.
Kastration, Schwinden von Hysterie und sexueller Übererregbarkeit nach, Kutzinski 233.
Katamin s. Skabies.
Katheterung, Pflaumer 845.
Kautschukindustrie s. Hexamethylenamin.
Kavernom am rechten Augenwinkel, Buschke 715.
Keimdrüse, Überpflanzung der männlichen, Lichtenstein 189.
Keimdrüsen, Einfluß auf den Stoffwechsel, Plaut u. Timm 79.
— Entwicklung der, Fischel 601.
Keloid der Zunge, Mook 147.
Keloide s. Narben.
— Röntgenbehandlung, Hazen 352.
Keratodermia disseminata maculosa symmetrica palmaris et plantaris, Busch 841.
— palmaris congenitalis mit juxtaartikulären Keratomen; Schilddrüsen- und Hodeninsuffizienz, Lévy-Franckel u. Juster 74.
— — s. Lichen corneus.
Keratodermie der Handteller und Fußsohlen, verruköse, Nobl 219.
Keratodermie, verruköse, Nobl 176.
Keratoma hereditarium, Fuhs 181.
— — palmare et plantare, Fuhs 842.
Keratosen, herdweise an Händen und Füßen, Konstitutionsfrage bei Dermatosen, Sklarz 349.
Keratosis plantaris hereditaria mit leukoplakieähnlichen Erscheinungen an der Mundschleimhaut und Gingiva, Riehl 660.
*Kohlensäureschnee, Apparat „Lumi" zur Bereitung von, Paldrock 285.
Kohlensäureschneebehandlung in der Dermatologie, Bonnet 39.
Koitierversuche von Kindern, Bodeck 634.
Kokain s. Geschlechtsleben.
Kolibakteriurie, Behandlung, Voelcker 892.
Kollagenes Gewebe s. Haut.
Kollargol s. Protargol.
Kolloidale Reaktionen, Verschiebungen im Blutbild, Mayr 272.
Kolloidsalbe „Physiol", Zakarias 278.
Kopfgrind, ist er seborrhoisch, Rulison u. Highman 307.
Kopfhaar, Ausfall des, und seine Behandlung, Pinkus 37.
Kopfhaut, Erkrankungen der, oder Haarausfall, Glovers Mangekur bei, Whichard 280.
Kollargol bei venerischen Krankheiten, Jakowlew 310.
Krankenvorstellungen, Spillmann, Watrin, Drouet u. Dombray 101.
— Spillmann, Drouet, Watrin, Mouton-Chapat u. Carillon 595.
Krankheitsdisposition und Gruppenzugehörigkeit, Hirszfeld 271.
Kryptorchismus und Polyorchidie, Dohi 71.
Krysolganbehandlung, Leven 690.
Krysolgan s. Herpes zoster.

Lack-Dermatitis (chinesischer), Little 41.
Läuse s. Verlausung.
Läusestudien, Wirkung des Speichels auf die Haut, Pawlowsky u. Stein 103.
Leiomyom, multiples, Frost 420.
*Leiomyome, multiple der Haut, Kasuistik, Hagena 673.
Leiomysarkom auf einem Gesichtslupus, Diss u. Lévy 28.
Leishmaniosis, Adelheim 398.
— ausschließlich an der Schleimhaut der Nase, des Pharynx und Larynx, Aberastury 525.
— autochthone in Cagliari, Mariani 522.
— Germanin („Bayer 205") bei, Moschkowsky 729.
Lepra, Dore 453, 786.
— bakteriologische Diagnose, Aoki u. Fukamachi 70.
— — — Rosenthal u. Kruglak 33.

Digitized by Google

Lepra, Behandlung mit Impfstoff aus Knoten, Walker 466.
— — — Thymol, Heinemann 814.
— Bekämpfung, Aberastury 528.
— der oberen Respirationsorgane, Heß 814.
— Chaulmoograöl intravenös, Aoki, Kawamura, Kamikawa u. Fukamachi 262.
— Färbung des Bazillus Hansen, Versari 466.
— frühzeitige Diagnose, Goshebin 877.
— Gumma des Nasenrückens mit Hansenschen Bazillen, Hudelo u. Pierrot 72.
— in New York, Fordyce u. Wise 560.
— in den Vereinigten Staaten im Jahre 1923, Hoffman 814.
— makulöse, nicht anästhetische, O'Donovan 786.
— prädisponierende Ursachen, Muir 813.
— Problem der, 466.
— s. Sklerodermie.
— tuberosa, Histopathologie, Riecke 906.
— Überimpfung auf das Kaninchen, Limousin 106.
— und Tuberkulose, Behandlung mit Chaulmoograöl und Leberthran, Rouillard 814.
*Leuchtvorgänge an der menschlichen Haut und Beziehungen zum Talgstoffwechsel, Winkler 20.
Leukämie, akute, Arndt 304.
— lymphatische, mit Erythrodermie, MacLeod u. Wigley 453.
— myeloische der Haut, Tenenbaum 390.
— universelle Haut, Keim 390.
— s. Urtikaria.
— und verwandte Zustände, Hautaffektionen bei, Rolleston 186.
Leukämische Erkrankungen, Hauterscheinungen bei, Almkvist u. Arzt 187.
— Lymphadenose mit prurigoähnlichen Hauterscheinungen, Arzt 181.
Leukoderm, über, Aronstam 309.
*Leukoderma aequisitum centrifugum (Sutton), v. Poor 401.
— artificiale, Leukoderma solare, Mestschersky 33.
— durch Trichophyton cerebriforme, Buschke 302.
— s. Herpes tonsurans.
— nach Pityriasis versicolor, Spitzer 133.
— — seborrhoischem Ekzem, Löwenfeld 138.
— — Sonnenbestrahlung eines seborrhoischen Ekzems, Löwenfeld 132.
*— solare, Feldmann 117.
Leukokeratosis mucosis oris, s. Dyskeratosis.
Leukoplakie, balanopräputiale, Maderna 888.
Leukozyten, eosionophile Granulationen, mikrochemische Untersuchungen, Romieu 236.
Leukozytensturz, Anreicherung in der Leber, Müller 273.
— nach intrakutaner Injektion, Hahn 39.
Leukozyten, Verhalten nach Hautreizen, Gundermann u. Kallenbach 272.
Lichen atrophicus oder Porokeratosis Mibelli, Ekonomou 417.
— corneus hypertrophicus der Wade, Keratodermie palmaris (Licheninfikation), Pautrier 594.
— nitidus, Dohi 785.
— plano-pilaris, Dore 787.
— planus, Löwenfeld 178.
— — Randak 842.
— — (Mundschleimhaut, Genitale), Reiner 133.
— — auf den Mund beschränkt, Samuel 786.
— — akutus, allgemeine Ausbreitung und Drüsenschwellung, Hufnagel u. Pierrot 416.
— — Behandlung mit Röntgenbestrahlungen des Rückenmarkes, Pautrier 27, 30.
— — — — — — Hufschmidt 28.
— — bei einem sechsmonatigem Kinde, Balicka 489.
— — der Mundschleimhaut, Hautjucken bei, Gougerot 415.
— — eine Infektionskrankheit, Ullmann 223.
— — -Eruption, akute, allgemeine bei Röntgenbestrahlung der Rückenmarkswurzeln infolge umschriebenen Lichen planus, Hudelo, Laporte u. Kourilsky 623.
— — mit bemerkenswerter Schleimhautbeteiligung, Zerkowitz 344.
— — partim moniliformis, Freund 663.
— — verrucosus, Kantor 132.
— — et verrucosus, Sachs 840.
— — Wilson, Epidemie von, Montpellier 625.
— ruber acuminatus, Aoki 70.
— — — universalis, Gruss 134.
— — planus annulatus, Pirilä 485.
— sclerosus, Mibelli 522.
— scrophulosorum, Mras 658.
— spinulosus, Erschoff 102.
— — Devergie, Nobl 659.
— — s. Trichophytie.
— und Spinulosismus, Mibelli 523.
— Vidal mit Kali causticum behandelt, Löwenfeld 221.
Lichenifikation, chronische zirkumskripte Pautrier 594.
— der Handflächen s. Lichen corneus.
Lichtbäder s. Zuckertoleranz.
Lichtdurchlässigkeit der Haut und Licht, absorption, Bernhard 313.
Lichtklima, Analyse und Bedeutung des tropischen, Knipping 314.

Digitized by Google

Ligulä bei Katzen und Hunden, Audo, Ito u. Imamura 874.
— in den Kaninchen und Hühnern, Lokalisation, Matsubara u. Tsuyuki 306.
Linkshändigkeit, Methodik familienanamnestischer Erhebungen, Siemens 665.
Lippenfissur, Michelson 148.
Lipome der Mamma, Meyer 421.
Liquor Cadini detergens, Kossler u. Perutz 277.
Livedo racemosa, Pathogenese, Perutz u. Kaiser 902.
— — und Erfrierungen, Brünauer 176.
Luminal- und Pyramidonexanthem bei demselben Menschen, Bothe 40.
Lungenseuche s. Maul- und Klauenseuche.
Lupus atrophicus des behaarten Kopfes, abnorme Form, Roederer u. Lévy 30.
— s. Chilblein.
— -Epitheliom, durch Tiefenbestrahlungen geheilt, Louste, Belot u. Baranger 73.
— erythematodes, Nobl 841.
— — Bakteriotoxinsalbe, Dyson 493.
— — der Mundschleimhaut, Finnerud 902.
*— — Krysolganbehandlung, Heise 893.
— — — Kieß 732.
— — mit Krysolgan behandelt, Nobl 661.
— — — — — Üllmann 662.
— — discoides, Saito 71.
— — disseminatus, Kedrow 809.
— — — acutus, Porphyrin bei, Randak 660.
— — disseminatus, Volk 137.
— — s. Radiodermatidis.
— — Radiumbehandlung, Culver 353.
— — Röntgenbestrahlungen der Drüsenregionen des Körpers, Goeckermann 756.
— — und Arthritis, Kochsalzeinspritzungen, MacCormac 453.
— — und Erythema perstans, Sachs 840.
— — und Tuberkulose, Bloch u. Ramel 80.
— — und verhornender Plattenepithelkrebs, Kreutzer 31.
— follicularis disseminatus (Tilbury Fox), Ehrmann 140.
*Lupusheilmittel Pyotropin, Albert 15.
Lupusherde, disseminierte, mit Beteiligung der Kopfhaut, Löwenfeld 138.
Lupuskarzinom, Buschke 715.
— Richter 381.
Lupus miliaris disseminatus, Gottron 303.
— — — Kumer 224.
— — symmetrischer, Louste, Thibaut u. Baranger 73.
— pernio, Dubreuilh u. Joulia 590.
— — (Sarkoidtypus Schaumann) in Verbindung mit Lupus vulgaris, Barbar 786.
Lupus-pernio-ähnliche Läsionsform der Ohren, Nobl 132.
— — Pathogenese, Tanimura 753.
— — und Boecks Miliarlupoid, Erkrankungen der Knochen bei, Fleischer 108.
— vulgaris, Fasal 181.
— — Planner 181.
*— — Behandlung mit Angiolymphe, König 432.
— — — — Ektebin, Volk u. Bujan 755.
— — der Nasengänge, Radiumbehandlung, Heilung, Cannyt u. Terracol 29.
— — der Nasenschleimhaut, Behandlung mit Röntgenstrahlen, Flecker 108.
— — des Gesichtes, geschwürige Läsionen des behaarten Kopfes, tuberkulöse Läsionen in Plaques vom Typ der Sarkoide am Rumpf, Pautrier u. Lévy 27.
— — disseminatus, Kumer 140.
— — — postexanthematicus, Tanimura 753.
— — Fall von, Dowling 787.
— — Kupferdermasan bei, Bettin 492.
— — s. Leiomyosarkom.
— — optisches Verhalten der Lupusknötchen; Finsenbehandlung, Haxthausen 593, 817.
— — Neosalvarsanbehandlung, Beck 343.
— — Pyotropinbehandlung 380.
— — Radium bei, Novák 262.
— — s. Syphilis congenita.
— — ulcerosus der Nase und Lichen scrophulosorum, Fuhs 178.
Lymphadenitis chancrosa, Behandlung mit Phlogetan, Lörinczi 597.
Lymphadenom des Penis, Milian, Périn u. Solente 558.
Lymphaetenoma inguinale, Milian u. Solente 415.
— mit Hauterscheinungen, Macleod 812.
Lymphadenome s. Mykosis fungoides.
Lymphadenose, Leukämische, Arzt 220.
Lymphangiom, zirkumskriptes, Buschke 715.
— — Graham Little 227.
— — von zosteriformem Typus, Burnier u. Rejsek 624.
— der Zunge, Pautrier u. Bénard 27.
— und Naevus vascularis, CO_2-Schnee-Behandlung, Mouton-Chapat 594.
Lymphogranulom, gutartiges, Schaumann 387.
— Röntgentherapie, Gilbert 351.
Lymphogranulomatose, Zieler 383.
— Hautlokalisationen, Saalfeld 753.
— s. Polyadenitis.
— s. Poradenolymphitis.
Lymphogranulomatosis cutis et conjunctivae bulbi, Reinsberg u. Kadlicky 349.
— inguinalis, Fischl 730.

Digitized by Google

Lymphogranulomatosis cutis subacuta, Ätiologie, Favre 597.
— — — s. Porlymphadenitis.
Lymphosarkom des Halses, Drouet u. Watrin 594.

„Madimol" (Hexamethylentetraminstearinat), Dahnady 691.
Maduraarm, indischer, Catsaras 78.
Madurafuß, Audrain 399.
— Lorejoy u. Hammack 560.
Magnesium s. Kalium.
Malaria s. Tabes.
Masernbekämpfung, Brügger 463.
— Dreyer 463.
Masernprophylaxe nach Degkwitz, Goebel 104.
— Rekonvaleszentenserum, Kundratitz 103.
Masern, Pyramiden bei, Loewenthal 104.
— späte Immunisation durch Serum bei Regan 789.
— zweimal, Loos 463.
— — Starck 764.
Masernprophylaxe mittels Normal- bzw. Elternserum, Wolff 764.
Maul- und Klauenseuche, Erreger, Pfeiler 457.
— — — Erwiderung auf die Arbeit von Pfeiler, Frosch u. Dahmen 457.
— — — — — — — — — — Guth 457.
— — — Experimentelles, Titze 457.
— — — „Kulturvirus" der — und filtrierbare Virusarten, Pfeiler 760.
— — Klauen- und Lungenseuche, Erreger, Züchtung, Dahmen 264.
Mäusekrebsversuche, Mandl u. Stöhr 757.
Melanodermien unbekannter Ursache, Flarer 523.
Melanosarkom mit Röntgenstrahlen behandelt, Owen 84.
Melanotische Geschwulst der Schläfe, Exzision, Transplantation, Pernet u. Neil, Sinclair 787.
Menstruation s. Hautabsonderung.
Menstruationsgift, Labhardt 236.
Menstruation und Haut, Hirschberg 399.
*Mercutin, Nachtrag zur Arbeit: „Über M. einem Quecksilberpuder", Delbanco 131.
Merkurochrom per os als Urin- und Darmantiseptikum, Young, Scott u. Hill 633.
Mikroorganismen, Variabilität, Bedeutung für die Therapie, Morgenroth 264.
Mikroskopische Technik, Taschenbuch, Romeis 189.
*Mikrosporie, Behandlung mit Tartarus-stibiatus-Salbe, Steiner 51.
Mikrosporie durch M. felineum, Radaeli 522.
— Studien über Lichen mikrosporicus, Finnerud 811.
Milchdrüsen und Tasthaare, Phylogenese, Broman 665.
Miliarlupoid Boeck s. Lupus pernio.
Milzbrandinfektion, Adelheim u. Kaktin 398.
— Übertragung durch Rasierpinsel, Thomsen u. Jensen 398.
Milzbrandkarbunkel, Spitzer 841.
Milzbrand, Pustula maligna, Löhe 717.
— — — mit Milzbrandserum behandelt, Chatellier 625.
Mineralwässer, Behandlung der Hautkrankheiten mit, Blum 691.
— französische, für Hautkrankheiten geeignete, Lévy-Franckel 40.
Mineralwasserkuren bei Hautkrankheiten, Borg 40.
*Mißbildungen der Haut, Ätiologie und Pathologie der erblichen, Meirowsky 249.
Monilethrix, Ríhávé 145.
Molluscum contagiosum am Hals, Perutz 136.
Morphaea, Heyn 303.
— Kumer 134.
— guttata, Dore 453.
Morvan, Syndrome de, Aberastury 526.
Multiple Sklerose, infektiöse bucco-dentale Pathogenese, Dor 458.
*Muttermäler, Erbbedingtheit der, Siemens 252.
— Erblichkeit der, Lenz 420.
— Ursachen, Meirowsky 400, 420.
— — Siemens 420.
Mycosis fungoides d'emblée, behandelt mit X-Strahlen, Mentschikow 592.
Myelome, multiple, Beteiligung der Nieren bei, Guggenheimer 182.
Myiasis und die Tumbufliege, 462.
Mykose der Zunge, syphilitische Plaques vortäuschend, Goubeau 624.
Mykosis fungoides, Kenneth Wills u. Hadfield 812.
— — Spillmann, Watrin u. Drouet 101.
— — günstige Beeinflussung durch Röntgenbehandlung, Mentschikow 310.
— — im prämykotischen Statium, de Stefano 185.
— — mit eigenartigem Vorstadium, Greif 749.
— — oder Lymphadenome, Pautrier 28.
Myoma cutis multiplex, Ando 785.

Nachtfalter, Untersuchungen an giftigen, Mazume u. Miyao 71.
Nackendrüsen, Bedeutung vergrößerter, Friedman u. Greenfield 271.
Nävi, Drüsen-, Arzt u. Kumer 902.
Nävus, Kenntnis der -natur, Vörner 901.

Digitized by Google

Naevus anaemicus, Buschke 715.
— — Vörner und Morbus Recklinghausen, Hirota u. Yamaguchi 785.
— — — Löwenfeld 176.
— depigmentosus, systematisierter, Genese des Nävi, Siemens 142.
*Nävusfrage, Pigmentmäler, Lentigines, Epheliden, anthropologischer Beitrag, bei Mischung verschiedener Rassentypen, Heckscher 613.
Nävus, halbseitiger, warzig-horniger, Riehl 220.
Nävuskarzinom und Hornkugeln-Epitheliom, Chatellier 68.
Nävus, kombinierter, der Lendengegend, Nobl 137.
— maligner, melanotischer in einer Narbe, Arzt 135.
— strichförmiger, Kumer 137.
— mit kongenitalen atrophischen Läsionen, Gray 786.
Naevus syringomatosus und Naevus sebaceus, Akiyama 785.
Nävus, systemisierter, Randak 181.
— s. Talgdrüsenhyperplasie.
Naevus vascularis s. Lymphangiom.
— — ausgedehnter des Gesichtes, mit Radium behandelt, Browne-Carthew 787.
Nagelveränderungen bei Encephalitis epidemica, Schirmer 460.
*Narbenbildung, unterminierte, am Kopf nach chronischer Eiterung, Koehler 170.
Narben, hypertrophische, Sachs 840.
— und Keloide, Therapie, DuBois 732.
Nase s. Glossitis.
Nasen-Rachenschleimhaut, Resorption dampfförmiger Medikamente, Planelles 688.
Nebenhoden, Hydrozele des, Thomas u. Thompsen 631.
Nebennieren und Geschlechtsentwicklung, Schmidt 193.
Nephrektomie s. Niere.
Nephritis, Fibrose der Glomeruli bei chronischer, Turley 68.
Neubildungen s. Entzündungen.
— Morphogenese und Histogenese, Stefko 757.
Neurovakzine, Erhaltung der Charakteristika trotz Kultur auf menschlicher Haut, Nicolau u. Poincloux 813.
Nervöse Mensch, der, Marcinowski 880.
*Nicolich, Giorgio †, Freund 555.
Niere, amyloide Degeneration, Lévy u. Négro 261.
— chirurgische Behandlung pyogener Infektionen, König 843.
— s. Hydronephrose.
— kongenitaler Defekt bei rudimentären Genitalorganen, Duwe 231.
Niere, Nephritis und Hautpapillaren, Parrisius 844.
— operative Heilung der insuffizienten vor Nephrektomie der anderen, Kümmell 184.
— Pyonephrose einer Becken-, Perrier 808.
— s. Tuberkulose.
— Zysten, Blanc 808.
Nierenaplasie, einseitige; Ureter endet im Vas deferens, Huffmann 631.
Nierenerkrankungen, Behandlung der Herzstörung bei chronischen, v. Hoesslin 844.
Nierenfunktionsprüfung mit Phenolsulphophthalein, Tateishi 70.
Nierenfunktionsprüfungen und Nierenoperationen, Takahashi 785.
Nierenhypoplasie, Pfeiffer 344.
Niereninsuffizienz, chirurgische Behandlung, Blum 183.
— Urotropinausscheidung, Albano 455.
Nierenkranke, Ernährungsprobleme bei, Strauß 844.
Nierennekrose, Falci 807.
Nieren, seltene Ausscheidungsstörung (Stenonephrie) Haebler 845.
— Tumoren in Hufeisen-, Haas 845.
Nierensteinoperation, Ratschitch 455.
Nierensteine, latente, Lanzillotta 226.
— spontane Verkleinerung, Scheele 182.
Nierenverschmelzung, einseitige, Rejsek 455.
Nokardia s. Polyadenitis.
Novoprotin, anaphylaxieähnliche Nebenerscheinungen nach, Hajos 672.

Oberhautpigment, Genese des, Moncorps 399, 748.
Oberlippe, Wiederherstellung der, Moure 74.
Ödem, Bedeutung der diastatischen Fähigkeit der Körperflüssigkeiten bei, Netouček 146.
Oedema cutis circumscriptum acutum, Tagawa 71.
Ödeme s. Proteine.
Ohr, schmerzhafte Knötchen am, Fierster 810.
Ohrekzem s. Haartracht.
Oidiomycosis cutis, Itoh 70.
Ölige Substanzen, intravenös, Lenzmann 277.
Olobinthin, über, Meyer 39.
Onychogryphosis s. Dyskeratosis.
Onycholysis partialis bei Galvaniseurinnen, Sachs 664.
Organotherapie bei Hautkrankheiten, Lévy-Franckel u. Juster 37.
Orientbeule, Antimon bei, Hosukin 730.
Os penis, Jacoby 603, 845.
— — Faszienknochen der Tunica albuginea, Furuta 603.

Digitized by Google

Osteosarkome des Schädels und Kiefers, durch Röntgenbehandlung geheilt, Lortat-Jacob, Legrain u. Cottenot 624.
Ovarien s. Thyreoidea.

Pagetsche Krankheit, Pathogenese, Arzt u. Kren 902.
— — der Brustwarze, Pautrier, Lévy u. Salmon 29.
Pannikulitis s. Polydermatomyositis.
Papillarliniensystem s. Erblichkeit.
Papillom s. Warze.
Papillome auf einer gewerblichen Dermatitis der Skrotalhaut, Sachs 135.
Paraffin, Füllmittel für zystoskopische Untersuchungen, Joseph 557.
*Paraffininjektion, Selbstbeschädigung durch, Nadel 543.
Paraphenylendiamen s. Toxikodermie.
Parapsoriasis, Barber 453.
— Buscke 715.
— Krupnikoff 33.
— Kumer 181.
— Pawlow 486.
— Porias 224.
— Brocq, Rusch 180.
— en gouttes mit Leukomelanodermie, Lortat-Jacob u. Legrain 73.
— lichenoides, Wertheim 659.
Parasympathikus, auf den — wirkende Medikamente, besonders auf die Urinsekretion, Hamada 69.
Parenterale Eiweißtherapie, biologische Grundlagen, Arnoldi 275.
Paronychie, chronische (Oidiomykose?), Freund 840.
— und Dermatitis durch Pilze, Kingery u. Thienes 810.
Pediculoides ventricosus bei Kornträgern, Hudelo u. Dumet 415.
— — s. Dermatitis.
Pellagra, Owensby 399.
Pellagrafälle, Szarvas 730.
Pellagra, Raynaudscher Symptomenkomplex durch, Aberastury 525.
Pemphigusähnliches Exanthem, Spitzer 178.
Pemphigus auf Mund und Larynx, Weber 228.
— der Konjunktiva, Louste, Dupuy-Dutemps, Thibaut u. Louet 557.
— der Mundschleimhaut, isolierter, Heyn 521.
— der Schleimhaut, pathologische Bedeutung, Moskovitz 729.
— der Kinderklinik, Hanshalter 595.
— foliaceus und Todesursache bei Pemphigus, Eliassow u. Sternberg 343.
— Rückenmarksekretion, Kraus 307.
— subaign malin, à bulles extensives, Rietman u. Salmon 593.
Pemphigus vegetans, Zieler 384.
— vulgaris, Fuhs 665.
— — Randak 665.
— — Scherber 175.
— — akuter, septischer, Schalek 811.
— — chronicus, Krüger 138.
— — Stoffwechselveränderungen beim, Kartamischew 591.
— Wesen des, Kartamischew 750.
— zur Geschichte des, Spillmann, Drouet u. Michon 595.
Penis s. Os penis.
Pepsin, salzsaures in der kleinen Chirurgie, Eichelter 276.
Peritonitis s. Tabes.
Pernionen, Röntgenbehandlung, Mészöly 724.
Perspiratio insensibilis bei einigen Dermatosen, Miyake 70.
Phagozytose, Bedeutung der, Tobler 668.
— und Zellimmunität, Mittermaier 267.
Phagozytoseversuch an Leukozyten, v. Philipsborn 267.
Phimose, Frühbehandlung der kindlichen, Ochsenius 604.
Phimosenoperation, neue Methode, Feygin 604.
Phlegmonen und ihre Behandlung, Eden 729.
Pigment, Entstehung, Wätzold 451.
— s. Oberhaut.
— s. Spitzenpigment.
Pigmentation, eigenartige, Kumer 665.
Pigmentierung, netzförmige, mit Narben nach Thermophoreinwirkung, Urbach 180.
Pigmentierungen unbestimmten Charakters, Roederer u. Salmon 593.
Pilokarpin und Atropin, Einfluß auf Urinsekretion, Hamada 71.
*Pilze auf der Haut, in Ungarn, Neuber 861.
— s. Dermatophyten.
— s. Paronychie.
— s. Radium.
Pilzerkrankungen des behaarten Kopfes, Therapie, Stordeur 461.
*Pilzerkrankung durch Akremonium, Grütz 765.
Pinselhaar, Metchell 561.
Pityriasis lichenoides chronica, Gruß 659.
— — — Randall 665.
— — Kren 178.
— — Randak 135.
— — Wertheim 177.
— — chronica Graham Little 787.
— rosea, Ätiologie, Görl u. Voigt 395.
— — im frühen Kindesalter, Breuer 395.
— — mit Impetigo, Sacro 71.
— rotunda, Toyama-Masuura, Sakurane 71.
— rubra pilaris, Lortat-Jacob u. Bréger 558.

Digitized by Google

Pityriasis rubra pilaris, Pernet 33.
— — — Williams 453.
— — Zimmerlin 28.
— — — mit Dysthyreoidie, Louste, Lévy-Franckel, Thibaut 415.
— versicolor mit Höhensonne bestrahlt, Wertheim 178.
Plaut-Vincentsche Angina und Stomatitis bei Kindern, Sulpharsphenamin bei, Barenberg u. Bloomberg 458.
— — Erkrankungen der Mundhöhle, Therapie, Wichels, 458.
Plethysmographische Untersuchungen am Menschen, Uhlenbuck 666.
Pockenimpfung von Tieren subkutan zur Erlangung eines reinen Vakzins, Chaumier 105.
Pocken, intrakutane Impfung, Gettinger 105.
— Kuhpockenlymphe sub- und intrakutan, Leiner 105.
— s. Variola.
Poikolodermia, Kren 181.
Polyadenitis inguinalis vom Typus der Lymphogranulomatose und mit Befund von Nokardia, Pautrier, Rietmann u. Hababou 29.
Polycystoma mammae, Beziehungen zu den Geschwülsten, Krompecher 83.
*Polycythaemia rubra, eigenartige Dermatose bei, Pick u. Kaznelson 159.
Polydermatomyositis, chronische, rezidivierende, mit Veränderungen des subkutanen Fettes, Weber u. Gray 387.
Polyorchidie s. Kryptoichismus.
Poradenolymphitis, Studien über, Ravaut, Boulin, Rabeau 67.
Porlymphadenitis oder subakute Lymphogranulomatosis inguinalis, McDonagh 787.
Porokeratosis der Mukosa, Yamada 71.
— des Beines, Pernet 787.
— Mibelli s. Lichen atrophicus.
Porphyrin s. Lupus erythematodes.
Portiokappen, Erosionsheilung und antikonzeptionelle Wirkung, Novak 633.
Practical Treatise on Diseases of the Skin for the Use of Students and Practitioners, Ormsby 878.
Präputium, kongenitale Verwachsung, Mesterhazy 887.
— s. Vorhaut.
Präkanzeröse Dermatosen, Fukamachi 391.
Preglsche Jodlösung, experimentelle Untersuchungen, Ritter u. Fröhlich 690.
Preußische Gebührenordnung 1924, Borngräger 312.
Prostatahypertrophie, Kielleuthner 843.
— Behandlungsmethoden, Casper 629.
— die sogenannte, Kulenkampf 629.
— Radikaloperation, Jellinek 889.
Prostatahypertrophie, Rezidive nach suprapubischer Prostataektomie, Freudenberg 889.
— und Radium, Kogan 808.
Prostata s. Tuberkulose.
Prostata und Harnröhre, Blutungen aus, McNeill 604.
— Verkalkung der, MacKenzie u. Seng 608.
Prostatektomie, Einfluß auf die Fruchtbarkeit der weißen Ratten und Erfolge der künstlichen Befruchtung, Strauss 195.
— die „ideale", Mertens 630.
— Potenzfrage nach der Völckerschen Methode der, Lieschied 629.
— Tampon gegen schwere Blutungen bei, Bouvier 630.
Prostatitis, akute eitrige, Belostozky 889.
*— Symptomatologie der chronischen und Spermatozystitis. Prophylaxe und Behandlung, Wohlstein 256.
Prostitution in Sowjetrußland, Bekämpfung, Bronner 486.
— und ihr Einfluß auf die venerischen Krankheiten, Batunin 878.
Protargol, Kollargol und deren Ersatzprodukte, Utz 37.
Proteine, osmotischer Druck der — im Blute bei der Pathogenese der Ödeme, Govaerts 723.
Proteinkörpertherapie, Arzneimittel, Schmidt 274.
— s. Sero.
— theoretische Grundlagen, Weichardt 38.
— von der unspezifischen parenteralen. Zur regulativen Reiztherapie, Zimmer 274.
Proteinkörpertoxikose, Mariani 449.
Proteinvergiftung, chronische, Pentimalli 272.
Proteinkörperwirkung und Sympathikus, Uhlmann 272.
Protokoll, zum — der Sitzung vom 12. VI. 1924, Lafay 557.
Prurigo, Lebervenensperre und alimentäre Hämoklasie bei, Brack 357.
— lymphatica, Arzt 660.
Pruritus, Ätiolologie, Therapie, Haas 727.
— als dyspnoisches Symptom; prurigene Summation, Cohen 749.
*— ani, chirurgische Behandlung, auch bei schwersten Formen von chronischem Ekzem, Frankenthal 163.
— s. Anal.
Pseudodiphtherie am weiblichen Genitale, Sachs 633.
Pseudohermaphroditismus masculinus internus, Dvorak 193.
Pseudopelade, (Brocq), Stein 137.
Psikain in der Chirurgie und Urologie, Asal u. Lurz 276.
— — — Urologie, Völcker 607.

Digitized by Google

Psoriasis, Remenovsky 176.
— ausgebreitete, eine alte Narbe verschonend, Audoy u. Laurentier 417.
— Behandlung, Cranston 395.
— — Kumer 396.
— — Petroff 728.
*— — Skutezky 743.
— Bekanntes und Unbekanntes, Schamberg 395.
— der Lippenschleimhaut, Dore 227.
— des Lippenrotes, Rusch 180.
— Ekzem und Organbehandlung, Spillmann und Winstel 595.
— generalisierte, Sukmann 660.
— guttato, Wolf 138.
— juvenile, Hg-Dampflichtbäder, O'Donovan 228.
— kombinierte externe und intravenöse Therapie, Hübner 728.
— korymbiforme und kokardenförmige, Wiener 754.
— s. Lichen-ruber-artige Salvarsanexantheme.
— mit vererblicher Tendenz, Fischer 521.
*— Natrium salicylicum bei, Sternthal u. Tachau 405.
— — — intravenös, Smith 488.
— — — — bei Psoriasis vulgaris, Smelow 102.
— neben urtikariellem Exanthem, Ullmann 223.
*— Salizylsäure- und Thymusbehandlung, Schreiner 281.
— und andere Dermatosen, Behandlung nach Brock, Rosenszweig 878.
— — chronisches universelles Ekzem, Behandlung mit Neosalvarsan, Balaschoff 728.
— — Ekzem, pathologische Anatomie, histologische Diagnose, Civatte 305.
— — endokrine Gleichgewichtsstörung, Bertanci 523.
— und ihre Behandlung, Jessner 189.
— — seborrhoisches Ekzem, Civatte 453.
— — Thymus, Gawalowski 485.
— universalis, Arzt 175, 220.
— Wismutbehandlung, Versari 396.
— völlige Involution nach Thymusbestrahlung, Senion 228.
Psychotherapie bei dermatologischen und urologischen Erkrankungen, Schapire 721.
— Grenzen, Methoden, Heilwert, Kronfeld 721.
Purpura anularis Majocchi, Alexander 302.
— — Dore 787.
— — Majocchi, Polyglobulie bei, Gottron 521.
— exanthematica et colloidoclastica, de Lavergne u. Bize 354.
— fulminans, Bischoff 354.
Purpura s. Harnwege.
— orthostatische chronische, Arndt 304.
— urologica, Zum Prioritätsstreit Blums gegen Praetorius, Rotschild 557.
— — Erwiderung auf Rotschilds Bemerkungen zum Prioritätsstreit Blum-Praetorius, Blum 846.
Pyelitis s. Harnausscheidung.
Pyelographie, diagnostischer Wert, Sinkoe 876.
Pyodermitis vegetans, Aversari 360.
Pyodermite végétante?, Buschke 302.
Pyogene Prozesse im Gesicht und Nacken, abriegelnde Eigenblutinfiltration mit nachfolgender Inzision, Läwen 397.

Quarzlampe s. Höhensonne.
Quarzlichtdosimetrie, Finkenrath 699.
*Quecksilberpuder s. Merkutin.
Quecksilberinjektionen s. Hypertrichose.
Quinckesches Ödem s. Allergie.

Radiodermatitis und Epitheliom auf Lupus erythematodes, Eliascheff 28.
Radiotherapie des Karzinoms, Hernaman-Johnson 319.
Radium s. Adenosarkom.
— Aufbewahaung in Nadeln und Kapseln, Pfahler 697.
Radiumbehandlung der Tonsillen, Simpson 697.
Radiumemanation in filterlosen Röhren, Einwände gegen Gebrauch von, Clark, Morgan u. Asnis 697.
Radium, Erhaltung des normalen Gewebes nach der Behandlung mit, Montgomery u. Culver 698.
Radium- und Röntgenstrahlen, verschiedenartige Faktoren bei der Therapie, Bachem 44.
Radium, wachstumsfördernde Wirkungen an pathogenen Hyphomyzeten, Mischer 761.
Rattenbißfieber, Gollier 464.
— in Hawaii, Morgan 78.
Rattenbißkrankheit, Spirochäten der —, kongenitale Infektion, Abe 559.
Raupen s. Dermatitis.
Raynaudsche Krankheit mit Befallensein der Füße, Retina und des Herzens, Shinkle 354.
— — Nagelveränderungen, Heller 718.
— — Symptome verursacht durch Halsrippen, Benedek 724.
Raynaudscher Symptomenkomplex s. Pellagra.
Recklinghausensche Krankheit, Knossew 659.
— — Krüger 135.
— — Portmann 80.
— — Scherber 175.

Digitized by Google

Recklinghausensche Krankheit, Beitrag, Fischer 342.
— — s. Naevus anaemicus.
— — Neurofibromatose der oberen Gesichtshälfte, Bal 717.
— — partielle, in nävusartiger Anordnung, Porias 659.
— — Spina bifida occulta und Melanodermien bei der Nachkommenschaft, Saignel-Lavastine u. Dauptin 421.
— — und Variola, Noel 559.
Reizbehandlung, perkutane, unspezifische, Giesemann 688.
Reiztherapie s. Bakteriotherapie.
— — Haut.
— — paraenterial und unspezifische Mittel.
— — einverleibtes Alkohol, Spiethoff 275.
Retentio testiculi bei Säuglingen und Kleinkindern, Vollbrandt 196.
Retikuloendotheliales System, Infektionserreger, Amyloid, Domagk 670.
— — — und Antikörperbildung, Gay u. Clark 264.
*Rille, J. H., 60. Geburtstag, Frühwald 653.
Rivanol, Blass 276.
— in der Chirurgie, Bock 276.
Rollet, Gedenkrede auf, Jeanselme 557.
Röntgenbehandlung der Hautkrankheiten, Habermann u. Schreus 36.
— mit kleinsten Dosen, Thedering 319.
Röntgenbestrahlung, gefilterte oder ungefilterte in der Oberflächentherapie? Kuznitzky 352.
Röntgendiagnostik une Strahlentherapie, Irrtümer, Grashey 350.
Röntgendosismesser, Eichung, Kontrolle, Jaeger 352.
Röntgeneinwirkung, physikalisch-chemische Änderungen der Blutzusammensetzung nach, Kroetz 694.
Röntgenempfindlichkeit des Strahlenpilzes, Kleesattel 42.
Röntgen-Ganzbestrahlung unter Zugrundelegung des Begriffes einer Raumdosis, v. Liebenstein 44.
Röntgengeschwüre, Reimer 42.
— maligne und ihre Heilung, Tillmann 353.
Röntgenkater, Verhütung, Zweifel 696.
Röntgenkarzinom, das gynäkologische, Vogt 43.
Röntgenkarzinome beim Kaninchen, experimentelle Erzeugung, Bloch 425.
Röntgenkunde, Lehrbuch, Rieder u. Rosenthal 596.
Röntgenologie, „Reiz" in der, Pordes 693.
— der Haut, Abhängigkeit der Schädigung von der Strahlungsintensität bei gleicher Dosis, Schwarz 320, 695.
Röntgenschädigung, Stordeur 353.
— Heilung durch Solarson, Goecke 696.
Röntgenschädigungen, Schreiner u. Stenström 43.
— als Unfälle und Gewerbekrankheiten, Flaskamp 696.
Röntgenstrahlen, Allgemeinwirkung, Vogt 315.
Röntgenstrahlenbehandlung der akuten Eiterungsprozesse, Freund 42.
— einiger Frauenkrankheiten (Pruritus, Osteomalazie, spitze Kondylome), Gal 42.
— Gefahren bei chirurgischer und Hauttuberkulose, Groedel u. Lossen 695.
Röntgenstrahlen, biologische Grundlage der Wirkung, Caspari 315.
— biologische Wirkung, Intensität, Matoni 317.
— Bohnenversuche an; Abhängigkeit der Dosis von der Intensität; Messung der prozentualen Tiefendosis, Martius 42.
Röntgenstrahlendosierung, „Vorbestrahlung" als Fehlerquelle für, Simons 43.
Röntgenstrahlen, Einfluß auf das vegetative System, Rother 42.
— Einwirkung auf den Cholesteringehalt der Karzinome, Roffo u. Correa 694.
— fortgesetzte Kleindosis in der Behandlung maligner Tumoren, Peter 694.
— französische und deutsche „Erythemdosis", Kaplan 695.
Röntgenstrahlenkachexie, Martin u. Rogers 43.
Röntgenstrahlen, Messung der Streustrahlen, Altmann 44.
— ökonomische Bestrahlung großer Flächen mit hohen Dosen, Reiser 352.
— physikalisch-chemische Wirkungen, Lieber 694.
— schmerzstillende Wirkungen der, Markovits 696.
— vergleichende Messungen der Erythemdosis, Grebe u. Martius 319.
— verschiedene Empfindlichkeit bei den einzelnen Gewebsarten, Chantraine 318.
— Wirkung, Holthusen 317.
— — Murphy 317.
— — besonders auf Karzinome, Lieber 318.
— — — das Karzinom, Kok 318.
— — — — vegetative System, Strauss u. Rother 316.
— — — die Leukozyten in vitro, Neumann 318.
Röntgenstrahlenwirkung auf normale und Karzinommäuse, Kok 41.
Röntgenstrahlen, Wirkung verschiedener Wellenlänge auf Tumoren, Wood 794.
Röntgenstrahlenwirkung, Verstärkung durch Haferkochsalzdiät, Andersen 693.

Digitized by Google

Röntgenstrahlen und Haut, Duschnitz 319.
Röntgentherapeutische Merkblätter, Fritsch 419.
Röntgentherapie einiger Hautkrankheiten, Karlin 310.
— Grenzen der — chirurgischer Erkrankungen, Baensch 696.
— konstante Gleichspannung des Kondensatorapparates, Jona 695.
— Sekundärschäden, Stark 352.
Röntgentiefentherapie, Erythem als Dosimetereinheit, Leddy u. Weatherwax 695.
Röntgenüberdosierung, Prophylaxe, Rulison 696.
Röntgenuntersuchung des Magen-Darmkanals, Notwendigkeit der Untersuchung des Harn-Genitaltraktes bei, Levyn 69.
Röntgenveränderungen nach Bestrahlung der Glandulo submaxillaris, v. Salis 42.

„Safu", eine symmetrische vitiliginöse Veränderung bei den Bewohnern der Insel Touk in der Südsee, Matsunaga 874.
Salizylsaures Natrium s. Exanthem.
Salzsäureverätzung, Riehl 180.
Samenblasen-Blasenfistel durch Zystoskopie festgestellt, Langer 303.
Samenstranggeschwülste, Starlinger 890.
Samoa s. Südsee.
Sarcina pyogenes aurantiaca, menschenpathogen, Robitschek 78.
Sarkoid (?) Boeck, Pulvermacher 720.
— — Zieler 383.
*— — über Tuberkelbazillenstamm aus der Lunge bei, Keck u. Michalik 429.
— Darier-Roussy, Görl 752.
— mit Infektion der Tonsillen und des Zahnfleisches, Whitmore 560.
Sarkoide s. Haut.
— s. Lupus des Gesichts.
— tuberkulösen Ursprungs, subkutane, Pautrier 27.
— Tumoren, kutane und subkutane, Rusch 841.
Sarkom, aktive Immunisierung gegen, Mertens 456.
— der Haut, primäres, Aberastury 525.
— — Kopfhaut, primäres, Sysak 759.
— polymorphkerniges Rundzellen-, Arzt 666.
Sarkoma haemorrhagicum Kaposi, Dillard u. Weidman 810.
— idiopathicum Kaposi, Arzt 137.
Sarkome, Anteil der Fibrillen am Parenchym und Stroma, Bayer 83.
— multiple der Haut, Jacob u. Wallace 33.
Sarkomatose, multiple, primäre, Heller 302.
Säuglings- und Kleinkindesalter, ausgewählte Kapitel der Krankheiten des, Blühdorn u. Völckers 639.
Scabiesbehandlung, Todesfall nach β-Naphthol, Gumpert 692.
Scabies der Kaninchen, Meerschweinchen und Menschen, Kitigawa 784.
— s. Ekrasol.
— Eosinophilie bei, Venturi 103.
— Katamin, Canon 462.
— Milbe und ihr Schlupfwinkel, Montgomery 308.
— Schwefeldioxydbegasung, Schaudig 461.
— unnötige Überdosierung des Schwefels, Bessel-Lorck 461.
Schambergsche Krankheit, Roxburgh 787.
Scharlach, Ätiologie, Bürgers 463.
— Erysipel und Streptokokkensepsis nach, Merkurochrom 220 bei, Young u. Bickhaug 463.
— -Schutzimpfung nach Caronia-Sindoni, Jakobovits 789.
— Streptokokkus, Mouzon 463.
— Verhütung, Dick, G. F. u. Dick, G. H. 104.
Scheidenspekulum, selbsthaltendes mit Auffangevorrichtung, Hoffmann 633.
Scheinzwitter, männlicher und Kretinismus, Fraenkel 886.
Schmelzdefekte der Zähne s. Dyskeratosis.
Schweinerotlauf s. Erysipeloid.
Schweißdrüsengangepithel, akute Metaplasie bei akuten Eiterungen, Weichmann 147.
Schwielen s. Hand-.
Sekretentnehmer, neuer, Guttmann 884.
Seminalepitheliom s. Karzinom des Hodens.
*Senkungsgeschwindigkeit roter Blutkörperchen in der Dermatologie, Preininger 733.
Senkungsreaktion und antisyphilitische Kuren 346.
Sensibilisation s. Serum-Porphyrin.
Sensibilisierung gegen Jothion, ekzematös-urtikarielle, Löwenfeld 132.
Sero-Vakzine-Proteinkörpertherapie, Busson 190.
Serum-Farbstoffphänomene, Klopstock 666.
Serumforschung s. unter Syphilis.
Serumkrankheit der Mutter, Fruchttod bei, Fischer 264.
Serum-Porphyringemenge, Sensibilisation von Warmblütern durch, Shibuya 693.
Sexualpathologie, Schwarz 634.
Sexualpolitik bei verschiedenen Nationen, Mayer 636.
Silberpräparate (Reargon, Targesin), Wirkungsweise, Balog 304.
Sklerema neonatorum, Nash 81.

Digitized by Google

Skleroderma circumscriptum, Urbach 178.
Sklerodermie, diffuse, Susaki 71.
— Fingergangrän bei, Gottesman 422.
— im Gefolge von Skorbut, Dobrotworskaja 731.
— mit fleckweiser Atrophie und Kalkablagerungen, Akobdtschanjanz 488.
— — Kalkablagerungen, Merklen, Pr., Wolff, M. u. Valette, A. 29.
— Pathogenese der diffusen; Pathologie des Epithelkörpers, Kraus 731.
— a) umschriebene, b) diffuse, Birnbaum 382.
— en bandes, Fuhs 178.
— — plaques, Kumer 223.
— — — Ehrmann 222.
— im Säuglingsalter: zur Arbeit Kneschke, Bd. 146, Keilmann 748.
— und Sklerodaktylie, Kumer 659.
— — — Fuhs 137.
— — — durch Polyneuritis leprosa, Aberastury 525.
Sklerodermien s. Atrophodermien.
Sklerödem, Bruhns 715.
Sklerom, Heilung durch Röntgenstrahlen, Eisner u. Katzschmann 730.
Skrofuloderm, gummöses, Michelson 390.
Skrotektomie, partielle, Borden 876.
Skorbut s. Cholesterinämie.
— s. Sklerodermie.
Sonnenbehandlung, Grundlagen natürlicher und künstlicher, Thedering 699.
Soormykose der Mundschleimhaut, Ullmann 842.
— in der Axilla, Kumer 904.
*Spargeldermatitis, Sternthal 254.
Spermainvasion, Orsós 891.
Sperma, isolierte Base Spermin aus dem, Wrede 891.
Spermakultur, Boulanger 455.
Spermatozoen der weißen Mäuse, Einfluß der Salze auf, Hirabayashi 230.
Spermiophagie im Nebenhoden, Akiyoshi 230.
— Morgenstern 230.
Spieglersche Tumoren, Buschke 303.
Spina bifida und ihre Folgen, Léri 269.
Spitzenpigment der Kinder und andere Pigmentierungen, Thomas u. Delbougne 400.
Spontangangrän an den unteren Extremitäten Kazda 354.
Sporotrichose, Guy u. Jacob 763.
— Takemura 70.
— der Zunge, geschwürige, Hodara 626.
— wahrscheinliche, Zieler 383.
Spritze von Ball-Typus mit großem Fassungsvermögen, Brunet 484.
Sprue s. Aphthae tropicae.
Staphylodermie, Oppenheim 664.
Stearinsäure s. Zinkstreupuder.
Steinachsche Operation beim Senium praecox, Weiss 891.
Strahlenbehandlung bei Hautkrankheiten, Blumenthal 419.
— — — Referat, Sequeira 418.
Strahlenwirkung, biologische, Dessauer 14.
— Faktoren bei der biologischen, Failla 693.
Strahlende Energie, Einfluß auf die Zirkulation, Kawashima 41.
Streptobazillus s. Dermatitis.
Streptokokkensepsis s. Scharlach.
Striae cutis bei 32jähr. Manne, Galant 422.
Strophulus infantum, Havashi 559.
— Euchinin bei, Balina 527.
Sublimatlösungen, Verhalten gegen verschiedene Adsorptionsmittel, Rakusin u. Nesmejanow 278.
Südseekolonie Samoa, bemerkenswerte Erkrankungen, Poleck 908.
Sulfosalizylsäure in der Dermatologie, Liebermann 691.
Suprarenal-genitaler Syndrom, Schmidt, H. 193.
Sympathektomie, Hahn 724.
— Experimentaluntersuchungen über, Papilian u. Cruceanu 38.
— Gefäßinnervation an den Extremitäten und, Schilf 355.
— Modifikation, Ahrens 724.
— periarterialis, Borszéky 724.
— periarterielle, Black 355.
— Untersuchungen der Gefäßwand; technische Bemerkungen zur Operation, Haberland 724.
— Vorgänge in der Extremität nach, Friedrich 235.
Sympathikus s. Proteinkörperwirkung.
Syringom, Markert 380.
*— zur Kenntnis des, Kiess 1.
Syringozystadenom, Nobl 138.
— s. Trichoepitheliom.
Systematik, die medizinische, Honigmann 313.

Syphilis.

1. Allgemeines.

Aktive Syphilis 52 Jahre nach der Infektion, Goldschmied 810.
Allgemeine Pathologie (Tertiärperiode), Golay u. Weyl 227.
Bekämpfung der Syphilis in der Burjato-Mongolischen Republik, Lapyschoff 878.
Erfolge der Luesbehandlung, graphische Darstellung, Kilduffe 144.
Ergebnisse der syphilitischen Forschung, Zaroubine 592.

Digitized by Google

Gebäranstalten, Syphilisnachweis an, Klaften 854.
Geschichte der Syphilis, Hildebrand 494.
— — — Hoepfner 494.
Häufigkeit in Washington und Beziehung zu den Lebensverhältnissen, Weiss u. Conrad 307.
Hebammen, Syphilis als Berufskrankheit, Jordan 592.
*Historische Fixpunkte im Bekanntwerden der Syphilis, Sudhoff 361.
Ikterus in den ersten Jahren der Syphilis, Jordan 310.
— während Syphiliskur, Duodenalspülung, Wilhelm 308.
Joseph. Rollets Arbeit über die Syphilislehre, Thibierge 817.
Kindliche Syphilis, Péhn 852.
Konstitution bei Syphilis, Schindler 420.
Konstitutionelle Syphilis, Diagnose, Sézary 109.
Kontrolle bei Syphilis und Gonorrhoe, Patterson 387.
Krankheitsperiode, in welcher suchen die Syphilitiker ärztliche Hilfe auf? Bortnajew 537.
Liste der Erfordernisse für Syphilisstationen, Goodmann 69.
Luetinreaktion nach Noguchi, Justus 853.
Mischinfektion von Syphilis und Ulcus molle, Vonderlehr 147.
Modern Diagnosis and Treatment of Syphilis, Chancroid and Gonorrhoea, Harrison 597.
Neuzeitliche Lehren über Syphilis, Thibierge 452.
Niere, Wirkung der Syphilisbehandlung auf die, McFarland 536.
Pathologie und Therapie, derzeitiger Stand, Kyrle 228.
Primäre Syphilis an der Saratower Klinik 1921—24, Kaschinski 310.
Psychosen, nichtsyphilitische bei Syphilitikern, House 528.
Refraktäre Fälle der Syphilis, Wilentschuk 537.
Reinfektion, Grshebin u. Feldmann 101.
— Kenedy 345.
— Ratner 592.
— Driver 818.
— Lipskerow u. Minsker 877.
— nach Abortivbehandlung, Sachnowskaja u. Tschestakow 877.
— nach Linsers Abortivbehandlung, Sirota 857.
Schwarze Afrikas, Unschädlichkeit des Salvarsans bei den, Le Coty 417.
Syphilis vom sozialen Standpunkt. Historische Studie, Petersen 876.
Senkungsreaktion und antisyphilitische Kuren, Berde 346.
Senkungsreaktion der roten Bl. bei Syphilis und anderen Genitalerkrankungen, Guszmann 852.
Sterilisierung der frischen Syphilis und Liquorbefund, Lerrede 416.
Syphilis, Behandlung und Leber, Birnbaum 378.
Syphilisforschung, Fortschritte auf dem Gebiete der, Schuhmacher 626.
*Syphilis im 11. Jahrhundert, Hildebrandt 576.
— der Eingeborenen Südafrikas, Fraser 185.
— in der schönen Literatur, Grün 102.
Übertragung durch Biß, Guilmann 310.
Unbeeinflußbarkeit und Rückfälligkeit, Gouin u. Austin 389.
Unbehandelte Syphilis, Verlauf, Stokes u. Des Brisay 143.
— — Ullmann 181.
Unerkannte Syphilis, Golay 109.
Ursprung, amerikanischer, Martin 185.
Verkannte Syphilis von lupoidem Aussehen; Einfluß von Traumen auf die Entwicklung latenter Syphilis, Gastou u. Fuchs 557.
Versorgung der Syphilis, der gesunde Menschenverstand bei der, Highman 625.
— — — — — — — Schalek 626.
Vorwort zur Arbeit: „Beiträge zur Geschichte der Syphilis“ usw., Dohi 70.
Wandlungen im Krankheitsbilde und in der Behandlung der Syphilis, Finger 817.
Wie lassen sich die Syphilitiker behandeln? Ishewski 537.

2. Ätiologie der Syphilis.

Agglutination der Spirochaete pallida, Blum 531.
Protozoen, Infektion mit menschlichen und tierischen, Battaghä 852.
Spirochaete pallida, Beobachtungen und Messungen, Hofmann 852.
— — Darstellung in Schnittpräparaten, Krantz 531.
*— — im Gewebe, Versilberung, Krantz 323.
— — Nachweis im Liquor bei Frühsyphilis, Chesney u. Kemp 852.
— — Schnellfärbung in Schnitten, Armuzzi 450.
*— — — mit Viktoriablau 4 R, Mühlpfordt 371.
Spirochätenbefunde bei Malayenfibromen, Sobernheim 531.
Spirochäten im Lochialsekret der Wöchnerinnen, Zielke 112.
Spirsil, Färbung mit, Oelze 112.

Digitized by Google

3. Experimentelle Syphilis.

Arsengehalt im Gehirn, Liquor und Rückenmark von Kaninchen nach intravenöser Silberarsphenamininjektion, Cornwall u. Myers 386.
Atypischer Verlauf der experimentellen Syphilis bei Kaninchen, Finkelstein 878.
Experimentelle Syphilisforschung, Buschke u. Gumpert 531.
Kaninchenleber und -niere, experimentelle Lues der, Neubürger u. Terplan 853.
Kaninchensyphilis, Seitz 531.
— Heilung experimenteller, Kolle 537.
— Wiederinfektion bei experimenteller, Reiter 853.
Serologische Untersuchungen bei experimenteller Syphilis, Takenaka 559.
Spirochätose, spontane bei Kaninchen, Retchmensky u. Pawloff 489.
Trypanosomen, Kultur der pathogenen, Ponselle 112.
Wismut, experimentelle Studien an Syphilis-Kaninchen, Ishimaru, Adachi, Skimoda 560.

4. Serologie der Syphilis; Liquor.

Ausflockung, Methoden der direkten und indirekten, Rubinstein 855.
— Serodiagnostik mittels, Sachs u. Klopstock 534.
Ausflockungsreaktion, beschleunigte, Beniasch u. Lerner 855.
— nach Sachs u. Klopstock, Heyer 534.
„Benzocholextrakte", Sachs u. Klopstock 534.
Blutentnahmeglas, neues, Kantorowicz 853.
Blutuntersuchungsmethoden, einfache für den Praktiker, Engel 533.
Brucksche Reaktion, Rejtö 856.
— — Isabolonsky u. Gitowitsch 856.
Cisterna cerebello-medullaris, Punktion, Janossy 853.
— magna, Punktion der, Pfister 535.
*Doldsche Reaktion, Kasper 645.
Einfache, serologische Methode, Masataka 70.
Fällungsreaktion mit der Spinalflüssigkeit, Ishh 307.
Flockenausfällung auf Eis, Perkel u. Israelson 311.
Globuline des Liquor, Rubinstein u. Stephanovitch 416.
Hämolysin, natürliches gegen Hammelblut; Kohnersche Reaktion, Kilduffe 392.
Hammelblutkörper, die heterogenetischen und ihre Antigene, Schmidt 37.
Hechtsche Reaktion, Technik, Hecht 532.
Kahnsche Reaktion, Keim u. Kahn 391.
Kahnsche Reaktion, Kahn 854.
— — bei Paralyse, Dudgeon 533.
Kodamasche Ausflockungsreaktion, Griesbach 148.
Kollargolreaktion, Delbrück 534.
Kolmers Reaktion, Reyners u. Hartmann 561.
Kolmersche Reaktion, Nachweis mit — nach Provokation mit Salvarsan, Greenbaum u. Wright 386.
Komplement, hämolytisches, Einfluß der Röntgenbestrahlung auf, Nishiura 874.
— Wesen, Klopstock 668.
Liquor cerebrospinalis, Eiweißkörper und Goldsolreaktion, Bloch, E. u. Bieberfeld, H. 535.
— — Verwendbarkeit bei Blutbeimengung; Genese der Mastixkurve, Wüllenweber 535.
Liquordruck, einige Probleme des, Pappenheim 536.
Liquorveränderungen bei tertiärer Haut-Schleimhaut-Lues, Häufigkeit und Bedeutung, Arzt u. Fuhs 755.
Luesreaktionen mit bekannten chemischen Reagentien, Kiss 854.
Lumbalflüssigkeit, Untersuchung bei frischer Syphilis, Leredde 623.
Lumbalpunktion, verbesserte Methode der, Wechselmann 536.
Mastix-Lezithinreaktion, Adler u. Sinek 857.
MTR, Bruns 148.
— zur Linden 148.
— Starobinsky u. Weyl 67.
— Mikroreaktion, Dohnal 341.
*— — Dohnal 367, 408.
*— Schlußwort zu Meinickes Arbeit, Dohnal 901.
— Mikro-, Meinicke 855.
*— — — 899.
— — Niederwieser 533.
— neue Anwendung in der Liquordiagnostik, Untersteiner 341.
— Sol-Lösung, haltbare Extrakt-Kochsalzmischung, Meinicke 533.
— und Modifikation nach Hohn, Pesch u. Schütt 533.
Muxatas Serodiagnose, Kosuma 71.
Negativer Ausfall, Klinische Bedeutung, Greenbaum 533.
Neuere Ergebnisse der Serodiagnostik, Meinicke 377.
Okzipitalinzision und -punktion, Geschichte, Westenhöfer 536.
Präzipitationsreaktionen, Aristow, Feldmann u. Marjassin 311.
Quantitative Bestimmung stark positiver Sera, Kowarski u. Jakubowitsch 33.
Pipettierapparat für WR, Hohn 534.

Digitized by Google

Rinderherzmuskelpulver, Haltbarkeit von getrocknetem, Wilduffe 391.
Schichtprobe zum serologischen Luesnachweis, Shirosaki 904.
Serodiagnose, Veränderungen der, Shibukawo 71.
Serumforschung, alte und neue Fragen, Sachs 668.
Seruminaktivierung, über, Meinicke 533.
Serum-Luesreaktionen, vergleichende Untersuchungen mit verschiedenen, Vas 856.
SGR, 800 Ergebnisse, Starobinsky u. Weyl 227.
Spätflockungen, besonders bei der Dold-Reaktion, Weyrauch 788.
Subokzipitalpunktion, Technik, Stahl 536.
Syphilimetrie, Lortat-Jacob u. Legrain 148.
Standardisation der Serodiagnostik und Völkerbund, Mutermilch 112.
Trübungsreaktionen mit klaren Medien, Stern 876.
Vernessche Reaktion, Empfindlichkeit, Demanche u. Guenot 148.
WR, Abänderung der amtlichen Anleitung, Manteufel 531.
*WR, abgekürzte Seruminaktivierung bei, Rottmann 216.
WR bei der Framboesie, Ikegami 306.
— Bemerkungen über, Bohne 854.
— cholesternierter Extrakt, Philipsen 349.
— Deviabilität des Komplements als wichtigster Faktor, Jacubowitsch 592.
— im Serum harter Schanker, May 67.
— mit erhitztem und nicht erhitztem Serum, Boez u. Schreiber 28.
— mit wenigen Tropfen Blut, Grauaug 532.
— nach intramuskulärer Injektion von Neoarsphenamin, Belding u. Holmes 390.
— neuere Beobachtungen über, Thomas u. Harrison 68.
— positive und Aortitis, Häufigkeit bei älteren Leuten, Port 496.
— Wesen der, Hardesty 386.
— MTR und Brucksche Reaktion, Zweckmäßigkeit der Paralleluntersuchungen, Behrmann 788.
— SGR, MTR, Vergleichung, Procházka 146.
— — — vergleichende Untersuchungen, Martin 856.
— Standardisierung der Hammelblutkörperchenaufschwemmung, Nikolajew 348.
— und Ausflockungsreaktionen im Lichte neuerer Forschung, Weisbach 190.
— und kolloidale Reaktionen, Wert für Liquordiagnostik, Blumenthal u. Schirakawa 534.
— und Vernessche Reaktion, Vergleich, Baylis, Sheplar u. MacNeal 147.

5. Primäre Syphilis am Genitale; Reinfectio syphilitica.

Atrophia maculosa nach P.-A., Kedroff 34.
Primäraffekt am Mundwinkel, Lamprecht 175.
— der Augenlidschleimhaut, Ling 495.
— — Gingiva, Hellmann 137.
— des behaarten Kopfes, Felugo 524.
— in Monte veneris bei seborrhoischem Ekzem, Krüger 138.
— prophylaktische Exzision, Kamanin 101.
— Ursachen der Härte, Bizzozero 449.
Ikterus bei Schanker im sero-negativen Stadium, Gastru u. Tissot 558.
— im Frühstadium, Buschke 110.

6. Syphilis der Haut und der Schleimhäute.

Aphthen der Mundschleimhaut, hartnäckige, syphilitische, Cervera 527.
Augenlid, sekundäre hypertrophische Syphilis der Konjunktiva des linken unteren, Louste u. Louet 624.
Elefantiasis syphilitica, Koshewnikow 819.
Erscheinungen an der Haut und den inneren Organen bei Syphilis, Capelli 626.
Erythem, knotenförmiges, bei frühzeitiger, maligner Lues, Chasin 877.
*Familiärer Typus der Syphilis, lupoide Lues in gleicher Lokalisation, Schoch 711.
Framboësieforme Lues, Freund 663.
— — Hellmann 664.
Gangrän der Finger, syphilitische, Ormerod 812.
Gitterfasern in den Hautsyphiliden, Zenin 33.
Gumma alae nasi, epitheliomähnliches, Freund 658.
— gingivae (?), Oppenheim 664.
Leukoderma universale, eigenartiges, Kumer 664.
Lichen syphiliticus, Higoumenakis 819.
Lues serpiginosa, Spitzer 133.
Luetische Infektion eines an Framboësia tropica Erkrankten, McKenzie 730.
Nabelstrang, syphilitische Veränderungen des, Gargano 523.
Nase, Lues der, Nobl 179.
— Wiederherstellung der syphilitischen, Sheehan 496.
Partielles Ausbleiben eines luetischen Exanthems nach Thermophor, Perutz 133.
Pigmentierung, starke, an Stellen abgeheilten großpapulösen Exanthems, Buschke 715.
Roseola von ungewöhnlicher Form, Nicolau 388.
Sekundäre Rezidive und schankerartige Läsionen behandelter Syphilis, Hudelo u. Rabut 495.

Digitized by Google

Syphilid, psoriasiformes, Planner 181.
— varioloiformes, s. Variola.
Syphilide, atrophierende, purpuraartige, Milian u. Périn 417.
— teleangiektatische und livedoartige Spät-, Hoffmann 496.
— tertiäre, 16 Jahre bestehend, gleichzeitig mit sekundären akneiformen, Watrin 595.
Syphilis und Tuberkulose, gleichzeitige Erkrankung der Haut. Meisel 347.
Tarsitis luetica, Scherber 175.
Tertiäre Lues beider Unterschenkel in ungewöhnlicher Ausdehnung, Bruhns 302.
Traumen und Hautsyphilide, medizinisch-rechtliche Studien, Thibierge 818.
Ulzerationen am Unterschenkel, spätsyphilitische, Montgomery u. Culver 386.
Ulzeröse Lues, Krüger 138.

7. Extragenitale Syphilisinfektion.

Augenlid, Primäraffekt beim Kinde, Burr 819.
Conjunctiva, extragenitaler Schanker, Hall 495.
Erworbene, extragenitale Syphilis, Serra 31.
Frühzeitige Diagnose und Abortierung der extragenitalen Syphilis, Rosenquist 34.
Fußsohle, Primäraffekt, Anderson 348.
Zur extragenitalen Luesinfektion, Lippitz 818.

8. Syphilis des Bewegungsapparates.

Arthritis syphilitica polyarticularis und Tendovaginitis, Pirilä 486.
Chronische, spätsyphilitische Gelenkserkrankungen, Schlesinger 819.
Gelenkaffektionen, Brünauer u. Hass 495.
— spätsyphilitische, intraartikuläre Jodnatriuminjektionen bei, Schlesinger 191.
Stirnbein, ausgedehnte Nekrose, später Karzinom, Montgomery 496.
— Gumma, Reiner 133.
Tabula interna, Syphilis der, Léri u. Cottenot 558.

9. Syphilis des Nervensystems und der Sinnesorgane.

Akustikus, Neuritis specifica, Puenta 527.
Amyotrophien, spinale, Prokoptschuk 348.
Arsenpigmentierung bei einem Tabiker im Gebiete des Sympathikus und der Rückenmarksnervenwurzeln, Lortat-Jacob u. Haye 557.
Blutstudien an der Impfmalaria der Paralytiker, Schilling, Jossmann, Hoffmann, Rubitschung u. van der Spek 568.
Empfindungslosigkeit für Wehen, Reizleitungsstörung im Rückenmark, Knebel 499.
Impfmalaria experimentell durch Anophelen nicht übertragbar, Barzilai-Viraldi u. Kauders 567.
Iritis luetica, Scherber 175.
Keratitis parenchymatosa, Prognose, Nobl u. Löwenfeld 626.
Lues cerebri, frühzeitige, und Salvarsantherapie, Parfenenkow 225.
Lumbalpunktionsschädigung, Grosz und Stransky 499.
Lumbalpunktion, Zeitpunkt der, Leredde 557.
Malariabehandlung bei Paralyse, McGrath 567.
— — — in den Tropen, Kirschner u. van Loon 566.
— der progressiven Paralyse, Nyirö u. Stief 882.
— — — — Plehn 882.
— Einfluß auf Serum und Liquor von Paralytikern, Münzer u. Singer 882.
Malariablutkonservierung, Horn u. Kauders 568.
— Weeber 881.
Malaria und Gehirnsyphilis, Hines 567.
— und spezifische Behandlung bei Neurolues und Beeinflussung der liquorpositiven, symptomfreien Fälle, Scherber u. Albrecht 152.
Meningitiden, syphilitische, klinische Studie, Schulmann u. Terris 111.
Meningitis, chronische, syphilitische, Schulmann u. Terris 499.
Nervensystem, Komplikationen und Liquor bei frischer Lues, Leyberg u. Starzynski 186.
Ohr, inneres, angeborene Syphilis des, und der praktische Arzt, Soulas 851.
Okulomotoriuslähmung, Rosenbaum 499.
Pallidostriäre Syndrome bei Lues und Metalues, Boas 850.
Paralysebehandlung, Beitrag, Kutzinski 882.
Paralyse, Schnelldiagnose mittels der Eisenreaktion, Ostertag 500.
— trotz überstandener Malaria, Schwartz 568.
— und somatische Syphilis, Beziehungen, Bigland, Watson u. Bigland 528.
— und Tabes, Behandlung, Robustow 101.
Priapismus infolge luischer Rückenmarkserkrankung, Smith u. Kiely 386.
Pupillendifferenz, Diagnose der, Boussi 499.
Pupillenveränderungen, Bedeutung für die Diagnose luetischer Erkrankungen, Hessberg 850.
Sehnerv, Atrophie bei Spätsyphilis, Hume 850.

Digitized by Google

Spontanruptur der Milz bei der Malariabehandlung, Rudolf 881.
Tabes im Kindesalter, Kaufmann 850.
— Mammakrisen bei, Preuss u. Jacoby 500.
— mit sekundären Haut-Schleimhautefflorescenzen, Simon 417.
— und Malaria, lanzinierende Schmerzen bei, Saad 186.
— und Mesaortitis luica, Kessler 500.
— und Peritonitis, Preuss u. Jacoby 500.
Zerebrospinalflüssigkeit der Paralyse, Nakamura 784.

10. Syphilis der inneren Organe, der Brustdrüse und der Lymphdrüsen.

Akute gelbe Leberatrophie bei Syphilis, Makaroff 809.
Aneurysma des Arcus aortae mit bedeutender Gummenbildung, Arndt 820.
Angina pectoris und Syphilis bei Anstrengung, Gallavardin 110.
Aortitis s. WR.
— luetica, Engel 819.
Basedow, syphilitischer, Schulmann 497.
Diabetes und Syphilis, Schulmann 498.
Glykämie im Verlaufe der Syphilis, Schulmann 498.
Herz und Gefäße, Einfluß der Frühsyphilis auf, Amelung u. Sternberg 496.
— und Gefäßerkrankungen, Häufigkeit, Wittgenstein u. Brodnitz 497.
— und Gefäßsyphilis, Verhinderung der, Reid 385.
Innere Organe, Behandlung der Lues, Pulay 850.
Leistendrüsenabszeß; tertiäre Syphilis, Milian 417.
Lungensyphilis, Förster 384.
Lungen, syphilitische und zugleich tuberkulöse Erkrankungen der, Gruber 820.
Lymphangitis syphilitica, Spitzer 133.
Magensyphilis, Boas 497.
— Brams u. Bloch 144.
— 10 Fälle, Merill 820.
Magen- und Darmsyphilis, Diagnose, Korkhoff 489.
Magenverengerung geheilt, Loeper u. Turpin 497.
Mediastinitis, Sergent 497.
Mesaortitis luetica, Spengler 111.
— luica s. Tabes.
Ösophagotrachealwand, Gumma, Zerfall, Kommunikation, Wiškovský 145.
Schilddrüse, tertiäre Lues, Guillaume 849.
Retentionsikterus bei einer alten Syphilitikerin, Sergent 820.
Viszerale Lues, Diagnose, Luger 820.
— — und Leberfieber, Korach 497.

11. Syphilis des Urogenitalapparates.

Blutharn an luetischer Niere (Gumma?), Sirovicza 849.
Endometrium, Syphilis des, Nagy 849.
Harnblase, Syphilis, de Gouvéa 807.
— — der, Koll 627.
— — — Peterson 498.
— — — Barabas 849.
— — — Thomas u. Moas 185.
Nebenhoden, Syphilis des, Rolnick 111.
Nephritis bei Syphilis, Behandlung, Ruete u. Schwenkenbecher 149.
Nieren, Funktionsstörungen bei Syphilis, Sabacoina 225.
Nierensyphilis, Rolando 498.
Penis, gummöse Zerstörung, Langer 717.
Portio uteri, Gumma, Ishida 71.
Prostata, Syphilis der, Guido 499.
— — — Starry 385.
— — — Wassiljeff 311.

12. Vererbung der Syphilis; Syphilis und Ehe.

Abortivbehandlung, Golay 875.
Adenoma sebaceum bei kong. L., Freund 177.
Anämie und Lues congenita, Pogorschelsky 530.
Cubitus valgus bei S. congenita, Balina 526.
Diabetes insipidus bei einer Schwangeren mit Syphilis ignorata, Edelmann u. Kritzmann 591.
Epidermolysis bullosa bei S. congenita, Heyn 521.
Erbsyphilis und ihre Prophylaxe, augenblicklicher Stand, Heft 878.
„Ererbte" Syphilis, veralteter Begriff, Mapes 484.
Erfolge der Behandlung von 48 an kong. Syph. leidenden Kindern, Boas 625.
Erythem, 13 Jahre altes, zirzinäres, Hudelo, Rabut u. Pierrot 73.
Gelenkschlaffheit als Zeichen von S. congenita, Balina 526.
Gesichtspunkte und Aussichten auf Erfolge bei Behandlung, Cronquist 876.
Hereditäre Lues, Diagnostik und Blutbefund, Leredde 529.
— syphilitische Belastung und Ekzem, Duval 395.
— S. und Tuberkulose, Munro 851.
Hutchinsonsche Zahnverbildung, Hirschberg 529.
Ichthyosis vulgaris bei Erbsyphilis, Mucci 450.
Keratitis parenchymatosa und endokrine Störungen, Cange u. Antoine 529.
Knochensyphilis am Schädel, Louste u. Louet 415.

Digitized by Google

NOT TO BE REMOVED.

Lebererkrankungen, fieberhafte bei Lues tarda im Kindesalter, Buttenwieser u. Bieberfeld 530.
Lymphadenie bei Syphilis hereditaria tarda, Aberastury 526.
Lymphdrüsen, pathologische Anatomie bei Syphilis congenita, Kurz 110.
Merlusan, Behandlung der Säuglingssyphilis mit, Hesse 538.
Molaren, charakteristische Formveränderung, Pflüger 529.
Narben um Nase und Mundwinkel, strahlige, Buschke 716.
Pollakisurie als Spätsymptom kong. L., Cirillo 808.
Prophylaktische Behandlung der kongenitalen Syphilis, Pinard 148.
Prophylaxe, Levin 530.
Pseudoleukämie auf hereditär-syphilitischer Basis, Gillot, Sarrouy u. Thiodet 530.
Schwangere Negerinnen, Syphilis bei —; Dunkelfeld bei der Diagnose der fötalen Syphilis bei der Sektion, Bartholomew 531.
Syphilis cong. des Säuglings und diagnostische Zuverlässigkeit der serologischen Reaktionen, Yoneyama 306.
Syphilis congenita, Diagnose, Prophylaxe, Therapie, Klaften 850.
— — im 12. Jahrhundert, Beschreibung durch einen Humanisten, Hildebrand 495.
— — Klinik, Neeken 529.
— — tarda des Gesichts, Pernet 786.
— — über, Leiner 529, 536.
Spätsyphilis, kongenitale, Birnbaum 383.
Stigmata, Hensen 109.
Tabula interna des Schädels, kongenitalsyphilitische Affektion bei Achondroplasie, Léri u. Linossier 558.
Typhus abdominalis und Lues congenita im Säuglingsalter, Vischer 110.
*Übertragung der angeborenen Syphilis, Problem der, Rietschel 91, 123.
— — Syphilis auf die zweite Generation, Czickeli 818.
Venerische Skrofulose, kongenitale Syphilis und Lupus, Cannyt 593.
Zahnveränderungen, Langer u. Wassmund 301.
Zerstörung des Naseneingangs, Gumpert 303.
Wismut bei Lues congenita, Stoye 564.
Zwillinge, ungleichmäßiges Befallensein, Haslund 530.
Zwischenkiefer, Hypoplasie, Buschke 716.
Zahnbälge der bleibenden Zähne, Fehlen, Weil u. Villain 851.
Zahnveränderungen, Langer u. Wassmund 851.

13. Allgemeine Therapie und Prophylaxe der Syphilis.

Behandlung der primären und sekundären Syphilis, Thomas 857.
— einige Fragen über, Bruhns 876.
— wichtige Fragen, Spiethoff 876.
Chemotherapie der Syphilis, neues Prinzip in der, Köndgen u. Meissner 565.
Innerliche Medikation, Vorbeugung und Behandlung, Levaditi 558.
*Inveterierte Luesfälle, Behandlung, Schallinger 365.
Kurorte, Behandlung der Syphilis in, Mestschersky 537.
Moderne Syphilisbehandlung, kritische Bemerkungen, Ledermann 625.
Neuere Methoden bei der Behandlung, Pomeroy 69.
Prophylaxe, Géber 347.
— durch Arsphenamin, Neo- und Sulf-, Greenbaum u. Harkins 306.
Proteinkörpertherapie bei Syphilis, Greenbaum u. Wright 390.
Spätsyphilis, Behandlung der, v. Zumbusch 537.
Syphilistherapie, Beitrag zur, Griesbach u. Meyerhoff 537.
— — — Resch 537.
— neuere, Mulzer 351.
— Probleme der, Hauck 537.
Therapieresistente Lues, Langer 109.
Unterstützende Behandlung der Syphilis, Michel u. Goodmann 144.

14. Quecksilberbehandlung der Syphilis.

Hg-Exantheme, Wright 308.
Hg, Wirkungsweise des, Heubner 538.
Hydrargyrum salicylicum neutrale, Kamanin 348.

15. Salvarsanbehandlung (einschl. kombinierte Salvarsanbehandlung) der Syphilis.

Akute, gelbe Leberatrophie nach Neoarsphenamininjektionen, Gordon u. Feldmann 561.
— Leberatrophie und Dermatitis nach Salvarsan, Kirch 149.
Arsendermatitis bei Ehegatten, Gougerot 875.
Arsenobenzole, Aktivierung durch Metalle und Ablauf der kombinierten Behandlung, Lehnhoff 32.
— Nebenwirkungen, Milian 524.
Arsenpräparate bei der Behandlung der Syphilis, Cumston 149.
Arsenstomatitis, Ernotte 559.
Arsolinjektionen, Mestchersky 485.

Digitized by Google

Arsphenamin-Dermatitis, Hg- und Bleivergiftung, Behandlung, Dennie u. Mc Bride 858.
Ausscheidung des Arsens durch die Nieren nach intravenöser Injektion, Fordyce, Rosen u. Myers 385.
— — intralumbal verabfolgten Salvarsans aus dem Liquor, Schoenfeld 875.
Blutbild nach Salvarsan-Adrenalin, Takeuchi 539.
Blutung und Purpura nach Neoarsphenamininjektion, Smith 811.
Chemotherapie des Sulpharsphenamins: 1. Toxizität und trypanozide Wirkung, Raiziss, Severac u. Moetsch 859.
Endolumbale Salvarsanbehandlung in allen Stadien der meningealen Syphilis, Erfolge, Gennerich 627.
Gifte, Einfluß auf die Salvarsanbehandlung, besonders des Nikotins, Huebner 875.
*Herpes zoster nach Salvarsanbehandlung bei einem kleinen Kinde, Frühwald 377.
Ikterus, latenter während der Salvarsanbehandlung, Nachweis, Gerhard 562.
— und Leberatrophie bei Salvarsanbehandlung, Birnbaum 562.
Innerliche Darreichung der Phenylarsinsäure, Leredde 558.
Leberfunktionsproben bei Lues und Verhütung von Salvarsanschäden, Wolf 342.
Lichen-ruber-artige Salvarsanexantheme und Psoriasis vulgaris nach Salvarsandermatitis, Klaas u. Rosner 342.
Linsersche Methode bei Syphilis, Brytscheff 311.
— — — — Golschmied 310.
Melanodermie nach Salvarsan, O'Donovan 787.
Melanose und Lichen nach Salvarsan, Bruhns 715.
Melanosis nach Arsenobenzol, O'Donovan 812.
Meta-amino-oxyphenyl-Arseniksäure und ihre Derivate bei der Luesbehandlung, Pediconi 562.
Mirion-Neosalvarsanbehandlung, Matuschka, J. 567.
Mischspritzenbehandlung, Unzulänglichkeit, Hoffmann u. Strempel 561.
Nebenwirkungen des Salvarsans und der Linserschen Mischtherapie, Bekämpfung der, Thurzo 857.
Neosalvarsan-Cyarsal-Mischspritzenbehandlung, Beer u. Engel 561.
Nierenfunktion, Beeinflussung durch intravenös einverleibtes Sublimat und Salvarsan, tierexperimentelle Untersuchungen, Schmidt 858.
Pigmentierung nach Salvarsan-Wismut, Feldmann 877.
Quantitative Studien bei der Syphilis: Lokalisation und Schicksal des Salvarsans nach intravenöser Einverleibung, Fordyce, Rosen u. Myers 143.
Salvarsandermatitis, Kaiser 859.
— Behandlung, Sieben 150.
— Gruss 175.
Salvarsangefahren, Peacock 68.
Salvarsan, Giftigkeit, Wechselmann 483.
„Salvarsanikterus", sogenannter, Birnbaum 750.
— — Hübner 859.
Salvarsan innerlich; zu Mitteilung von Cl. Simon, Lerrede 416.
Salvarsanschädigungen, Maerz 562.
Salvarsantod mit Ikterus, exfoliierender Erythrodermie und Riesenpurpura, Merklen, Pautrier u. Wolf 27.
Salvarsan-Urtikaria am Glied, Noel 559.
*Salvarsan, Wirkung auf die Syphilisspirochäte, Mühlpfordt 837.
*Salvarsanwirkung, Problem der, Schumacher 833.
Sehstörungen durch Typarsamid, Woods u. Moore 859.
Silberarsphenamin, Verhalten zum sympathischen Nervensystem und angioneurotischen Symptomenkomplex, Rosen, Müller u. Myers 390.
Silber, Retention und Elimination des, Myers u. Corbitt 385.
Silbersalvarsanbehandlung, Ustinowski 561.
Silbersalvarsan, Vergleich mit Neosalvarsan, Whitmann 561.
Spirozidexantheme, Kromayer 860.
Stovarsol, Erfahrungen mit, Spiethoff 860.
— Grunke 149.
— Oppenheim 149.
— Yovanovitch 859.
Thiosinamin bei Salvarsandermatitis, Greenbaum 562.
Tuberkulose, schlechte Wirkung des Arsenobenzols bei tuberkulösen Luetikern, Mouradian 72.
Unschädlichmachung des Salvarsans durch Serum, Grshebin u. Lipskerow 486.
Vasomotorische Erscheinungen nach Arsphenamin, Rosen, Müller u. Myers 147.
Vegetatives Nervensystem, Wirkung von Arsen- und Salvarsanpräparaten auf, Müller u. Myers 858.

16. Wismutbehandlung der Syphilis.

Antisyphilitische Wirkung des Bismuts, Hopkins 880.
Bijochinol, Behandlung mit dem russischen Präparat, Brytscheff 876.

Digitized by Google

Bijochinol und Bismutogwi, Wirkung bei Syphilis des zentralen Nervensystems, Efron u. Grshebin 877.
Bi-Salvarsanspritzen s. Mischspritzen unter Salvarsan.
Bismogenolbehandlung, Beobachtungen über, Ahlswede u. Busch 564.
Bismogenolexanthem, lokales, embolisches s. Archiv, Bd. 147, Freudenthal, Nagel 749.
Bismogenol in der Sprechstundenpraxis, Krulle 564.
— therapeutische Wirkung, Nagel 564.
*— Nebenwirkungen, Steincke 442.
— und Mesurol, Behandlung, Birnbaum 564.
— — Spirobismol, Einwirkung auf die Spir. pallida, Bismutnachweis im Urin, de Moraes 152.
Bismophan, Erfahrungen mit, Leder 565.
*Bismutpräparate in der Behandlung der Syphilis, de Stefani 746.
— — — Praxis, Szentkirályi 881.
*Blut, morphologische Zusammensetzung nach Einwirkung von Wismut, Bernstein 685.
Chinin-Jodbismutol („Quinby"), Coha 145.
*Cutren und Neo-Cutren, Kislitschenko 55.
Dosierungsfrage der Wismutpräparate, Mras u. Kohane 880.
Endarteritis, chronische, Wismutbehandlung, Serf 262.
Gewebsveränderungen nach Wismutinjektionen, Jaffé 151.
Intravenöse Wismutbehandlung, Alker u. Waldmann 881.
Lokale, embolische Bismutschädigung, Wolf 840.
Mesurol-Bayer s. Wismutpräparate.
Mesurol, neues, gut wirkendes Wismutpräparat, Dietel 564.
Neo-Cutren, Abrahamsohn 564.
Neotrepol bei Erwachsenen, Zborílek 146.
*Niere und ableitende Harnwege, Schädigung durch Wismut, Engelhardt 338, 372.
Nierenbefunde bei Behandlung mit Wismut, Fischer 151.
*Pharmakologie und Toxikologie des Wismuts, Heckelmann 546.
Salizylsaures Wismut bei Lues, Lipkin 489.
Spirobismolbehandlung der Frühsyphilis, Nathan 565.
*Spirobismol, Behandlung mit, Bogdanow 25.
Spirochätenresistenz gegen Wismut, Mras 658.
Stomatitis durch W., Armuzzi u. Strempel 30, 523.
— — — Watrin 101.
Todesfall nach Wismut intravenös, Kallmann 566.
Toxische Hauterscheinungen nach Wismut, Boas 566.
— — — — Görl u. Voigt 566.
Treparsol, Simon 623.
— Wirkung auf WR bei interner Darreichung, Simon 74.
Üble Zufälle bei Einspritzung in wäßriger Suspension, Civatte 416.
Wirkung des Bismutkolloides, Rubin 881.
Wirkungsweise des Wismuts, Levaditi, Nicolau, Salgue u. Schoen 880.
Wismutausscheidung durch den Urin, Jeanselme 72.
Wismutbehandlung, Bieder 563.
— Drouet 563.
— Salkind 563.
— Bemerkungen über verschiedene Präparate, Hoffmann 627.
— in der Landpraxis, Nikolski 563.
— Klinik der intravenösen, Mras 152.
— über, Juliusberg 628.
Wismut, chemotherapeutische Studien, Kolle 150.
Wismutexantheme, Neumann 145.
Wismut, klinische Bewertung; ungewöhnliche Reaktionen bei Anwendung, Shivers 307.
— Nachweis in den Organflüssigkeiten, Amodei 566.
— — — Organen, Blut, Harn und Stuhl; Ausscheidung, Autenrieth u. Meyer 565.
*— Pharmakologie und Toxikologie, Heckelmann 508, 585.
Wismutpräparate, Dohi u. Kanno 452.
— Behandlung; Bismodin, Lehner u. Radnai 346.
— — Bismosalvan, Lehner u. Radnai 347.
— — Neotrepol, Lehner u. Radnai 347.
— Pharmakologie; Wismutsalizylat, Herzog 151.
— unlösliche und WR, Simon 875.
— Wirksamkeit; Mesurol-Bayer, Scherber 563.
Wismut, Rückfälle und Dosierung, Barthélemy 388.
Wismutsalze, Giftigkeit und Wirksamkeit, Myers u. Corbitt 144.
— in der Behandlung der Lues, Ravogli 881.
Wismutschädigung der Haut, Sternberg 749.
Wismutschädigungen, Büeler 566.
Wismuttartrate, Wirksamkeit im Vergleich zum Hg bei experimenteller Syphilis, Hill u. Young 72.
Wismut und Nervensyphilis, Aortat-Jacob u. Legrain 565.
Wismutverbindungen, Chemie der, Bauer 150.

Digitized by Google

Wismutvergiftung, akute, Vilanova 593.
Wismutwirkung, Bedeutung des Lezithins für die, Nathan u. Herrmann 384.
Wismut, Zirkulation des im Organismus, radiochemische Methode, Christiansen, Hevesy u. Lomholt 151.

17. Sonstige Heilmittel bei Syphilis.

„Albert 102", klinische Erfahrungen, Arning 562.
*Luetin, intravenös, Planner 330.
Malariabehandlung, Akiyoshi 785.
— Kyrle 567.
*Neuansteckung nach Northovan und Spirozidabortivkur, Krösl 873.
*Northovan-Spirozidabortivkur, syphilitische Neuansteckung, Krösl 873.
*Radix Sarsaparillae, experimentelle Untersuchungen über die Wirkung der, Perutz 579.
Spirozid, Stovarsol und Syphilisschutz, Hoffmann 143.
— und Stovarsol, Erfahrungen mit, Bruhns u. Picard 719.
Stovarsolan, vorbeugende Wirkung, Rosenthal 591.
*Stovarsolfrage, Beutl 582.
Stovarsol, experimentelle Untersuchungen mit, Worms 538.
— Schlußwort zu Bemerkungen Heymanns, Weitgasser 539.
— und Luesprophylaxe, Bloch 539.
— — Spirozid, experimentelle Prüfung, Steinfeld 539.
— — — Versuche und Erfahrungen, Krösl 539.
Sulpharsphenamintherapie, intramuskuläre, Stokes u. Behn 539.
Sulphoxylat, Indikationen für die Anwendung, Fabry 626.
Tryparsamidbehandlung der Syphilis, Moore, Robinson u. Lyman 539.
Tryparsamid bei Neurosyphilis, Lorenz, Loevenhart, Reitz u. Eck Madison 540.
— — — Solomon u. Viets 540.

Talgabsonderung, Rabbeno 449.
Talgdrüsenhyperplasie, Markert 380.
Taschenbuch der Therapie, Schnirer 419.
Tasthaare s. Milchdrüsen.
Teergeschwülste bei der Maus in sukzessiv behandelten Zonen, Truffi 426.
Teerkarzinoide, Borst 425.
— Entstehung bindegewebigen Stromas in, Borst 425.
Teerkrebs bei Mäusen, Entstehung, Mertens 756.
— beim Menschen, Veiel 752.
Teerkrebsbildung, physikalisch-chemische Vorgänge, Bierich 756.
Teerpinselung, Epithelwucherungen am Kaninchenohr durch, Einfluß von Gravidität und Laktation, Krotkina 757.
Teleangiektasien, essentielle, Buschke 302.
— idiopathische, Tanimura 70.
— essentielle im Gesicht, Fischel 720.
— multiple, erworbene, essentielle, Sachs 664.
— nach Röntgenbehandlung, Beseitigung mit der Wirzschen Methode, Kriser 352.
Terpentinölinjektionen bei Hautkrankheiten und Tripperkomplikationen, Lauda 489.
Terpentinölpräparat s. Olobinthin.
Therapeutische Wege, neue, Stejskal 878.
Thermalwässer, arsenhaltige und radioaktive von La Bourtoule, Pierret 40.
Thorium X, Behandlung chronischer, eiternder Fisteln mit, Simons 698.
Thyreoidea und Ovarien, Insuffizienz und subkutane Kalkkonkremente, Weil u. Weissmann 590.
Tinea, Fall von, Semon 787.
Tintenstiftverletzungen bei Tier und Mensch, Glass u. Krüger 727.
Tonsille s. Adenosarkom.
Tonsillenerkrankungen, Behandlung, Watkins 458.
*Toxicoderma menstruale mit erysipeloidähnlichen Symptomen, v. Berde 201.
Toxikodermie durch Paraphenylendiamin. Ullmann 139.
Trichophytide, über, Jordan 34.
Trichoepitheliom und Syringozystadenom, Wertheim 659.
Trichophytide, Rajka 347.
Trichophytie, Zion 785.
— atypisch lokalisierte, tiefe, Fuhs 660.
— ausgedehnte, oberflächliche, Markert 383.
— des Kopfes, Behandlung durch wiederholte Entzündungen, Scobolew 348.
— -Endemie in Straßburg, durch Tr. granulosum; pyogener Typ, Pautrier u. Rietmann 593.
— Immunität bei, Greenbaum 147, 307.
— in Form von Parapsoriasis en plaques, Schtammow 311.
— Lugolsche Lösung intravenös bei, Salutzki 102.
— und Mikrosporie und ihr Zusammenhang mit Lichen spinulosus, Cranston Low 187.
— unter dem Bilde eines Ekzems, Hazen 461.
Trichophytin, chemische Charakterisierung und Darstellung, Bloch, Labouchère u. Schaaf 905.
Trychophytinreaktion, diagnostische Bedeutung, Kawasaki u. Takahashi 70.
*Trichophyton fuscum sulcatum, neue Trichophytieart, s. Pilze.

Digitized by Google

Trichophyton granulosum s. Epidermophytien.
— s. Leukoderm.
Trichophytosen und Trichophytide, Capelli 762.
Trieb, abnormer, therapeutische Überleitung in einen anderen aus Zweckmäßigkeitsgründen, Kahle 906.
Tropenkrankheiten, Handbuch, Mense 846.
Trophoneurosen s. Angio.
Trypanosomen s. Syphilis.
Tuberculosis miliaris ulcerosa der Mundschleimhaut, Überschär 717.
— mucosae oris, Arzt 182.
— papillaris mucosae oris, Nobl 222.
— verrucosa cutis mit Elefantiasis pedis, Cseresnyés 817.
Tuberkulid s. Acne conglobata.
— angiokeratomähnliches, Nobl 136.
— lichenoides, Burnier u. Rejsek 625.
— — und Vitiligo, Sachs 221.
— oder Syphilis? Oppenheim 136.
— papulonekrotisches, Arzt 842.
— — Gruß 659.
— — Oppenheim 658.
— — mit Lichen scrofulosorum, Sachs 221.
— unter dem Bild eines Lichen planus, Rusch 219.
Tuberkulide der Haut bei Meerschweinchen, Fischl 134.
— gruppierte, großpapulöse, Eiliascheff 26.
— papulonekrotische, Kantor 136.
Tuberkulin, Einfluß auf die Gewebsatmung, Rondoni 106.
Tuberkulinflockungsprobe, Rodenacker 106.
Tuberkulin s. Haut.
— Heilwirkung des Ektotuberkulins, Jesionek 815.
— in der Dermatologie, Jeanselme u. Burnier 66.
— in Salbenform für Diagnostik, Löwenstein 106.
Tuberkulinprobe, intrakutane, 1:100, Brunthaler 467.
Tuberkulinreaktion, Antigen-Antikörperreaktion, Moral u. Sarbadhikary 467.
— Hamburgers perkutane, Wallgren 467.
Tuberkulin und vegetatives Nervensystem, Schubert 815.
— Wesen des, Bieling 491.
Tuberkulose, Buschke 302.
— bakteriotherapeutische Versuche bei chirurgischer, Vaudremer 468.
— Blase bei Nephrektomierten wegen, Thévenot 606.
— Chemotherapie bei Meerschweinchen-, Klopstock 494.
— s. kongenitale Syphilis.
— der Haut, Blutserumlipase, Somogyi 451.
Tuberkulose der Haut, besonders Lupus vulgaris, Studien, Holland 348, 484.
— — — Chloramin Heyden bei, Martenstein 492.
— — — und Knochen, Rachitis und latente Syphilis, Birnbaum 383.
— der Mundschleimhaut, Behandlung mit Schleimhautsalben, König 108.
— der Niere, beginnende; kein funktioneller Ausfall; Nephrektomie, Heilung, Boeckel 261.
— der Nieren, Pyelographie, Négro 451.
— — — doppelseitige, Phenolsulfophthaleinprobe, Lévy u. Falci 808.
— — — und Nierenkolik, Hottinger 182.
— — — Nephrektomie, Hogge 806.
— — — Vorsichtsmaßregeln bei Nephrektomie, Marion 809.
— der Zunge, Morrow u. Miller 760.
— des Harngenitalsystems beim Manne, Welfeld 483.
— des Hodens, Vorzug der Röntgenbehandlung gegenüber chirurgischer, Ullmann 663.
— des Samenstranges, Dillon 631.
— des Urogenitaltraktus, nur auf die Prostata beschränkt, Scott 629.
— Haut-, Knochengelenk-, Pautrier, Rietmann u. Salmon 27.
— Immunisierung gegen, Calmette, Guérin u. Weill 107.
— Intrakutanreaktion mit Pferdeserum, Cartia 449.
— Knochen- und Sehnen-, mit Hautknötchen, Rietmann u. Salmon 29.
— Komplementbindung mit verschiedenen Antigenen, Schlossberger, Hartoch, Lusena u. Prigge 467.
— Krysolgan bei, Koizumi 494.
— — — Stuhl 494.
— s. Lepra.
— männliche Genital-, Sussig 195.
— Ostitis tuberculosa multiplex cystica, Schmid 492.
— Prostata-, Tsuda 196.
— Proteinkörperwirkung und Tbk.-Therapie, Sorgo 814.
— s. Salvarsan.
— Schutzimpfung mit abgetöteten Tuberkelbazillen, Langer 491.
— — — — oder avirulenten Tuberkelbazillen, Selter 815.
— Serodiagnostik auf aktive nach WR, Höland 814.
— TbWR, Wiese 468.
— ulzerierende und wuchernde der Füße, Pautrier, Rietmann u. Salmon 27.
— ultraviolette Strahlen und Radium bei lokalisierter, Saidman 108.
— — — bei Peritoneal- und Drüsen-, Gerstenberger u. Wahl 816.

Digitized by Google

Tuberkulose und Dermographismus, Stutz 107.
— und Ernährung, Bieling 107.
— Urogenital-, Sonnenbehandlung, Myll 602.
— von hypertrophischer Form an der Wange, Orientbeule vortäuschend, Louste, Louet u. Darquier 558.
— WR auf aktive, besonders bei Hauttuberkulosen, Förtig 814.
Tuberkulöse Allergie, Entstehungsbedingungen, Fischl 904.
— Einzelniere, Schröder 845.
— Gummen der Beine. Dermohypodermische Knötchen von sarkoidem Typus, Hufnagel 73.
— Lymphome, Röntgen- und Lichtbehandlung, Reyn 493.
— — universelle Lichtbäder mit der Quarzlampe bei, v. Bonsdorff 817.
— multiple Abszesse des Unterhautbindegewebes als Sporotrichose behandelt; Nachweis der Tuberkulose durch Meerschweinchenimpfung, Milian u. Marceron 417.
— Nephritis und Nierentuberkulose, Wildbolz 183.
— Ulzerationen der Hand und des Fußes, Drouet u. Michon 100.
Tuberkulöser Schanker im Sulcus coronarius, Louste, Cailliau u. Darquier 624.
Tuberkulöses Ulkus des Gaumens, Arzt 220.
Tumoren, multiple benigne, Graham Little 227.
— subkutane am Arm, Nobl 176.
Tutokain in der urologischen Praxis, Blum u. Glingar 193.
— in der Urologie, Frisch 602.
— als Oberflächenanästhetikum, Hirsch 690.
— Todesfall nach Anästhesie der Harnröhre, Schwarz 690.
Typhus- und Paratyphusroseolen, Schlußwort zur Diskussion mit Fränkel, Poehlmann 906.

Ulceracruris, Druckbehandlung, Nobl 76.
Ulcera varicosa, Behandlung, Cheramy u. Valentin 422.
— — — Zinn 422.
— — syphilitica (?), Haas 381.
— cruris bei Diabetes mit Insulin behandelt, Pautrier, Ambard, Schmid u. Salmon 29.
Ulcus molle, antistreptobazilläre Vakzinebehandlung, Cheinisse 883.
— — in Algerien, Benzegri 597.
— — s. Lymphadenitis.
*— — serpiginosum, Kasuistik, Gross 205.
*— — — Behandlung, Bemerkung zur Arbeit von Gross, Buschke u. Leissner 544.
Ulcus molle, Eigeneiterbehandlung der Bubonen, Fay u. Gáal 344.
— — Urethritis bei, Saint-Cène 456.
— phagedaenicum, Langer 717.
„— rodens" der Nackengegend, Pautrier u. Lévy 594.
— — serpiginosum faciei, Brünnauer 176.
— tropicum, Behandlung, Genner 591.
— vulvae acutum, Arzt 220.
Ulcerythema ophryogenes, Corson u. Knowles 147.
Ultraviolette Bestrahlungen, therapeutische Erfolge, Pattison 314.
— Strahlen, Absorption, therapeutische Anwendung, Saidman 698.
— — Behandlung von Fisteln, Ménard u. Foubert 74.
— — biologische Wirkung, Martenstein 314.
— — Erythemdosimeter, Keller 74.
*— — s. Haut.
— — in der Dermatologie, Beinhauer 308.
Ultraviolettes Licht, Allgemeinwirkungen von Schleimhautbestrahlungen, Laqueur u. Wiener 699.
— — Einfluß auf die Chemie des Blutes, McCaskey 698.
Unspezifische Mittel, neue Dosierungsmethode, Patzschke 275.
Ureterersatz durch Plastik aus der Harnblase, Demel 632.
Ureter, forcierter, Gaget 260.
— s. Harnleiter.
— s. Hydro.
Uretermündungsdivertikel, Marsalla 632.
Ureter, Schleifenbildung des, Sisk 632.
Uretersteine, Chirurgie tiefsitzender, Joseph u. Janke 183.
Ureterverzweigung-Röntgendiagnose, Holits 891.
Ureterenfisteln und -eiterungen, Casper 182.
Ureterenkatherismus, Dauer-, Creyssel 226.
Urethra posterior, ungewöhnliche Ursachen des Verschlusses, Irwin 68.
Urethritis, chronische s. Zervizitis.
— — Ultraviolette Strahlen, Dufestel u. Lazard 455.
— grampositive Diplokokken bei chronischer, Cohn 184.
*— posterior chronica mycotica, Frei 411.
— pseudogonorrhoica, Bakteriologie der, Perewodschikow 809.
Urethroskop, universal- und andere urologische Instrumente demonstriert, Sasagawa 70.
Urinsekretion, Beeinflussung durch auf den Sympathikus wirkende Mittel, Hamada 785.
Urinsekretion s. Parasympathikus.

Digitized by Google

Urogenitalapparat, chirurgische Behandlung von Mißbildungen, Scheele 844.
Urologe, Ausbildung des, Kretschmer 639.
Urologische Untersuchungsmethoden, Lewin 602.
— — Fortschritte, Lewin 842.
Urtikaria s. Allergie.
Urticaria bullo-haemorrhagica, Dohi 70.
Urtikaria durch physikalische Reize, Duke 355.
Urtikariafälle, Lévai 725.
Urticaria haemorrhagica, spezifische Hautempfindlichkeit bei, Dér 346.
— perstans, Hoshi 70.
— — papulosa, Nobl 661.
— pigmentosa, Rusch 219.
— — Spillmann, Drouet u. Cavillon 595.
— — bei Erwachsenen, Hannay 487.
— — ohne Mastzellen, Graham Little 786.
— — xanthelasmoidea, Rusch 180.
— -Prurigo bei Leukämie, Liebner 725.
— und akute Dermatitis, Experiment zur Pathogenese, Török u. Rajka 725.

Vakzine-Chemotherapie, Belonovsky 689.
Vakzinetherapie, moderne Anschauungen, Goldenberg u. Panisset 274.
— s. Sero-.
Vakzine- und parenterale Eiweißtherapie der Haut- und Geschlechtskrankheiten, Perutz 274.
Vanadiumtherapie, Winkler 904.
Variköse Geschwüre, Behandlung mit Zuckerlösung, Barthélemy 100.
Variola, Blattern und Seuchenbereitschaft, Ziel 464.
— Blutbild, bes. bei der Berner Epidemie, Pantasis 791.
— Degeneration der humanisierten Lymphe im 19. Jahrhundert, Böing 466.
— Epidemiologie, Cherefeddi 791.
— Gefahren der Impfungen, Bonne 465.
— Impfung und Impfgegner, Stiner 465.
— Impfwesen und Pockenbekämpfung in England, Breger 465.
— intrakutane Schutzpockenimpfung, Simko 791.
— Knochendystrophien nach, Cathcart 105.
— Neurovakzine, Levaditi u. Nicolau 792.
— s. Recklinghausensche Krankheit.
— Virus auf der Kaninchenhornhaut, Borrel u. Muller 792.
— und Alastrim Lortat-Jacob 789.
— — Impfung auf den Philippinen, McVail 465.
— — Varizellen, Sahli 790.
— universeller Impfausschlag, Baker 466.
Variola vera, Varizellen und varioloiformes Syphilid, Esau 105.
Variola- und Vakzineimmunität, Winkler 104.
Varizellen, Einfluß der Ultraviolettstrahlen auf, Rohrböck 789.
— und Herpes zoster, Gundersen 485.
Varizen, s. Argochrom.
— Behandlung, Bardy 699.
— — Linser 700.
Varizenbehandlung mit Linserschen Sublimatinjektionen, Meyer 700.
Varizen, intravenöse Injektionen bei, Linser 354.
— Sublimatinjektionen bei, Hempel 354.
— thrombosierende Methode und Novokain bei, Bacharach 75.
— und Hämorrhoiden, Behandlung mit thrombosierenden Einspritzungen, Coudray 700.
Vas deferens, experimentelle Studien am; Wirkung von Antiseptizis, Rolnick 631.
— — Resektion, Steindl 230.
Vasomotorische Reaktion, Entstehung des roten Hofes der, Rajka 723.
Vegetatives Nervensystem s. Haut.
— — — — und Karzinom.
Venen, physiologische Eigenschaften, Bricker 235.
Venerische Geschwüre am Mundwinkel infolge Autoinokulation, Stancanelli 450.
— Krankheiten, Eigenblut bei Komplikationen, Bussalai u. Devoto 524.
— — experimentelle Übertragung auf Ärzte, Lacassagne u. Pigeaud 389.
— — Familienuntersuchungen, Porudominski 312.
— — nächste Aufgaben der Bekämpfung, Bronner 311.
— — sanitäre Aufklärung bei der Bekämpfung, Barasch 878.
Venerisches Geschwür, adenogenes, Pautrier u. Roederer 27.
Venerologische Hilfe, Organisation im Gouvernement, Rudnitzki 486.
Verätzung s. Dermatitis.
— — Salzsäure.
Verbrennung, Duodenalgeschwür bei schwerer, Ronchesi 359.
Verbrennung s. Guß.
Vererbung s. Erblichkeit.
Verhornungsprozeß, Störungen bei Hautkrankheiten; Epitheliome, Zysten, Martinotti 448.
Verlausung der Schulkinder, Bekämpfung, Hillenberg 462.
Verätzung des Gesichts mit Karbolineum, Fuhs 224.
Vertoform s. Wunden.
Vitalfärbung, Beeinflussung durch Röntgen- und Radiumstrahlen, Holtermann 41.

Digitized by Google

Vitalfärbung s. Harnblase.
Vitalfärbungen, elektive, Gicklhorn u. Keller 667.
Vitiligo, Buschke 715.
— s. „Safu".
Vorhaut, Operationen an der, Schepelmann 604.
*Vulvovaginitis oidiomycotica und Balanoposthitis o., Benedek 435.

Wanze, Stiche der Wasserwanze Notonecta glauca, Hasse 462.
Wärmeregulation, Störungen durch Antipyretika, Wakamutso 306.
Warze, Ätiologie und Architektonik, Lipschütz 754.
— des Nagelbettes, Montgomery u. Culver 307.
— Gift der, des Papilloms und des Condyloma acuminatum, Serra 524.
Warzen, Atropin und Arsen lokal bei multiplen, Ullmann 177.
— Heilung durch Suggestion, Bonjour 79.
— Neoarsphenamin bei, Lindsay 308.
*A. v. Wassermann †, Lesser 621.
Wollfett und Adeps Lanae, Oestermann 278.
Wunddesinfektion, theoretische Grundlagen, Braun u. Goldschmidt 76.
Winddiphtherie, experimentell erzeugte, Pesch 394.
Wundheilung und Gefäßmechanik, Rieder 76.
Wundhormone, Spezifität, Nasvytis 358.
Wundverschluß, primärer und Sehnennaht bei unreinen Wunden, Niedermeyer 358.
Wunde, Bakteriologie der eiternden, Melchior, Lubinski u. Großmann 77.
Wunden, Azidose der per primam heilenden, Girgolaff 358.
— „integrale" Therapie infizierter, Goldjanitzki 359.
— — — — Wolfsohn 359.
— primäre, Heilung bei infizierten Nahtwunden durch Rivanol, Block 358.
— schlecht heilende, neue Präparate zur Behandlung (Epithelan, Vertoform), Oppenheim 276.

Xanthom der Brusthaut bei Ikterus und Leberzirrhose, Königstein 661.
— diabetisches, mit Schwefelderivat von Histidin behandelt, Mc Donagh 488.
Xanthoma diabeticorum, Schwefelverbindung bei, Mc Donagh 453.
— und Xanthosis, Stewart 421.
Xanthomatöse Veränderungen an den Handtellern und Ellenbogen, Arzt 135.
Xanthome der Haut und anderer Körperteile, Weber 32.
— multiple, Savatard 227.
— und Xanthoblastome, Silberberg 732.
Xantho-Erythrodermie mit Hyperkeratose, Milian u. Perin 417.
Xanthose bei Diabetes, Weber 453.
Xeroderma pigmentosum, Dobell 227.
— — und Syphilis, Junès 79.
Xerosinpräparate bei der Hautbehandlung von Säuglingen, Pilz 690.

Yaws, klinische Studie, Takasaki 874.
Yohimbinvergiftung, Meyer 691.

Zeittafelmuster für urologische und syphilitische Fälle, Pedersen 602.
Zelle s. elektrischen Strom.
Zeugung beim Menschen, Monographien. Rohleder 596.
Zinkstreupulver, Gefahren des stearinsauren, Isaac 40.
Zosteriforme Pigmentierung nach Schußverletzung, Falkenstein 344.
Zuckertoleranz, Erhöhung durch Lichtbäder, Rothmann 314.
Zunge, Fremdkörper, Schmidt 458.
— kleines Tumor, einen syphilitischen Plaque vortäuschend, Goubeau 624.
— s. Mykose.
Zwillingsforschung und Nävusätiologie, Leven 732.
Zwillingspathologie, methodolopische Bedeutung, Leven 640.
— methodologische Bedeutung, H. W. Siemens 639, 640.
Zwillingsschwestern, eineiige, mit ungleicher Augenfarbe, Cohen 639.
— — — — — Erwiderung zu den Bemerkungen Cohens, Bauer 639.
Zwitter s. Schleimzwitter.
Zwitterbildung beim Meerschweinchen, Lipschütz 887.
Zylotropin bei Pyelitis, Quack 231.
Zyste im Penis eines einmonatigen Kindes, Hogenauer 193.
Zysten s. Verhornungsprozeß.
Zystoskopie, Bedeutung für Arzt und Patienten, Pelouze 608.
— s. Paraffin.
— suprapubische, Pirondini 608.

Digitized by Google

Namenverzeichnis.

* bedeutet Originalarbeit.

Abe, M., Kongenitale Infektion mit Spirochäten der Rattenbißkrankheit 559.
Aberastury, M., Dermatitis ulcerosa durch Streptobazillus 525.
— — Hyperkeratosis ichthyosiformis congénita generalisato 526.
— — Leishmaniosis ausschließlich an der Schleimhaut der Nase, des Larynx und Pharynx 525.
— — Leprabekämpfung 528.
— — Lymphadenie bei S. hereditaria tarda 526.
— — Primäres Hautsarkom 525.
— — Raynaudscher Symptomenkomplex durch Pellagra 525.
— — Sindrome de Morran 526.
— — Sklerodermie und Sklerodaktylie durch Polyneuritis leprosa 525.
Abraham, J. J., Gonorrhoebehandlung 191.
Abrahamsohn, H., Neo-Cutren 564.
Adaehi, Y. s. Ishimaru.
Adelheim, R., Leishmaniosis 398.
— — und Kaktin, A., Milzbrandinfektion 398.
Adelsberger, L., Verschiedene Formen der Idiosynkrasien 265.
Adler, H. und Sinek, F., Mastix-Lezithinreaktion 857.
Ahlén, N., Zoster mit motorischen und reflektorischen Störungen in der Regio thoraco-abdominalis 357.
Ahlswede, H. E. und Busch, W., Beobachtungen über Bismogenolbehandlungen 564.
— — — — — — Proteinkörpertherapie bei Gonorrhoe 309.
Ahrens, R., Sympathektomie, Modifikation 724.
Akiyama, K., Naevus syringomatosus u. sebaceus 785.
Akiyoshi, T., Malariabehandlung der Syphilis 785.
— — Spermiophagie im Nebenhoden 230.
Akobdtschanjanz, A., Sklerodermie mit fleckweiser Atrophie und Kalkablagerungen 488.
Albano, G., Urotropinausscheidung bei renaler Insuffizienz 455.
*Albert, Wolfgang, Lupusheilmittel Pyotropin 15.
Albrecht, O. s. Scherber.
Alderson, H. E. u. Coe, H. C., Erythema induratum 108.
Alexander, Purpura anularis Majocchi 302.
Alker, A. u. Waldmann, E., Intravenöse Wismutbehandlung 881.
Almkvist, J. u. Arzt, L., Hauterscheinungen bei leukämischen Erkrankungen 187.
Alrutz, Sidney 468.
Altmann, V., Messung der Streustrahlen 44.
Ambard s. Pautrier.
Amberg, S., Enuresis 607.
Amelung, W. u. Sternberg, A., Einfluß der Frühsyphilis auf Herz und Gefäße 496.
Amodei, P., Wismutnachweis in den Organflüssigkeiten 566.
Amster, S. u. Meyer, Einfluß von Adstringentien auf die Lichtempfindlichkeit von Bakterien 267.
Anderschon, H. W., Der Krebs, seine Ursachen, Verhütung und Heilung 229.
Andersen, E., Bedeutung der Chlorionen für Heilung von Entzündungen und malignen Neubildungen 277.
— — Behandlung von Karzinomen mit Kochsalzbrei 759.
— — Verstärkung der Röntgenstrahlenwirkung durch Haferkochsalzdiät 693.
Anderson, N., Harter Schanker der Fußsohle 348.
Ando, Ekzem-Statistik 71.
— N., Myoma cutis multiplex 785.
— A., Ito, S. u. Imamura, Ligulae bei Katzen und Hunden 874.
Andrews, G. C. s. MacKee.
Antoine, R. s. Cange.
Aoki, Ou., Lichen ruber acuminatus 70.
— B. u. Fukamachi, R., Bakteriologische Diagnose von Leprafällen 70.

Digitized by Google

Aoki, T., Kawamura, M., Kamikawa, Y. u. Fukamachi, T., Lepra, Chaulmogra öl intravenös 262.
Aoustin, R. s. Gouin.
Aristow, Feldmann u. Marjassin, Präzipitationsreaktionen bei Syphilis 311.
Arndt, Akute Leukämie 304.
— Gonorrhoische Hautmetastase an der rechten Wange 304.
— Orthostatische, chron. Purpura 304.
Armbruster, Disposition zur Gicht mit Berücksichtigung der Nieren 34.
Armuzzi, G., Spirochaeta pallida, Schnellfärbung in Schnitten 450.
— — s. Strempel.
— — u. Strempel, R., Wismutstomatitis 523.
Arndt, Syphilitisches Aneurysma des Arcus aortae mit Gummenbildung 820.
Arning, E., Über „Albert 102" 562.
Arnoldi, W., Biologische Grundlagen der parenteralen Eiweißtherapie 275.
Aronstam, N. E., Über Leukoderm 309.
Aroson, A., Erythema nadosum, Kasuistik 492.
Arzt, L. s. Almkvist.
— Arsenerythem 224.
— Fall zur Diagnose 224, 660.
— Fibrom (?) der Bauchdecke 665.
— Leukämische Lymphadenose mit prurigoähnlichen Hauterscheinungen 181.
— — — 220.
— Maligner melanotischer Nävus in einer Narbe 135.
— Papulo-nekrotisches Tuberkulid 842.
— Polymorphzelliges Rundzellensarkom 660.
— Prurigo lymphatica 660.
— Psoriasis universalis 175, 220.
— Sarcoma idiopathicum Kaposi 137.
— Tuberculosis mucosae oris 182.
— Ulcus tbc. palati 220.
— — vulvae acutum 220.
— Xanthomatöse Veränderungen an den Handtellern und Ellenbogen 135.
— L. u. Fuß, H., Häufigkeit und Bedeutung von Liquorveränderungen bei tertiärer Haut-Schleimhaut-Lues 755.
— — — Kren, O., Paget disease, Pathogenese 902.
— — — Kumer, L., Über Drüsennävi 902.
Asal u. Lurz, Psikain in der Chirurgie und Urologie 276.
Aschaffenburg, G., Einfluß des Kokains auf das Geschlechtsleben 907.
Askins, R. A., Dermatitis durch Pediculoides ventricosus 462.
Asnis, E. J. s. Clark.
Audrain, L. G., Madurafuß 399.
Audry, Ch. u. Laurentier, Ch., Ausgebreitete Psoriasis, eine alte Narbe verschonend 417.
Auler, H. s. Blumenthal.
D'Avanco, A., Atmungsprozeß der Eiterzellen 524.
Autenrieth, W. u. Meyer, A., Nachweis des Wismuts in Organen, Blut, Harn und Stuhl; Ausscheidung 565.
Aversari, Pyodermitis vegetans 360.

Baoss, G. s. Miessner.
Bab, Akrodermatitis atrophicans 717.
— Neurofibromatose der oberen Gesichtshälfte 717.
Bach, H., Anleitung für Bestrahlung mit der Quarzlampe 419.
Bacharach, A., Thrombosierende Methode und Novokain bei Varizen 75.
Bachem, A., Radium- und Röntgenstrahlen als verschiedenartige Faktoren bei der Therapie 44.
Bachrach, R., Therapie der Harnröhrenstriktur 605.
Back, R., Präkanzeröse Dermatose Bowen 343.
Baensch, W., Grenzen der Röntgentherapie chirurgischer Erkrankungen 696.
Bailey, H., Brustdrüse des Mannes 80.
Baker, G. T., Universeller Impfausschlag 466.
Balban, Atrophia cutis idiopathica im Infiltrationsstadium 223.
— Lichen planus und Petroleumakne 180.
Balaschoff, Behandlung der Psoriasis u. des chronischen, universellen Ekzems mit Neosalvarsan 728.
Baldwin, J. F., Talg als Kern eines Harnblasensteins 606.
Balicka, W., Lichen planus bei einem sechsmonatigen Kinde 489.
Balina, Pedro L., Cubitus valgus bei Syphilis congenita 526.
— — — Euchinin bei Strophulus 527.
— — — Gelenkschlaffheit als Zeichen von S. congenita 526.
Balog, P., Ätiologie und Pathogenese des Granuloma pediculatum 269.
— Silberpräparate, Wirkungsweise 304.
Barabas, E., Lues der Blase 849.
Baranger s. Louste.
Barasch, Sanitäre Aufklärung bei der Bekämpfung der venerischen Krankheiten 878.
Barber, H. W., Arsendermatitis mit multiplen Epitheliomen 453.
— — — Basalzellenepitheliom 453.
— — — Lupus pernio in Verbindung mit Lupus vulgaris 786.
— — — Parasporiasis 453.

Digitized by Google

Bardy, H., Behandlung der Krampfadern 699.
Barenberg, L. H. u. Bloomberg, M. W., Sulpharsphenamin bei Plaut-Vincentscher Angina und Stomatitis 458.
Barkman, A., Zoster mit Erlöschen des oberen thorako-abdominalen Reflexes 357.
Barok, L. s. Karczag.
Barré, J. A. und Masson, P. Anatomisch-klinische Untersuchung schmerzhafter, subungualer Geschwülste 30.
Barth, K., Behandlung seniler Gangrän 354.
Barthélemy, Behandlung der varikösen Geschwüre mit Zuckerlösung 100.
— Cornu cutaneum 100.
— Rückfälle und Dosierung bei der Behandlung der Syphilis mit Wismut 388.
Bartholomew, R. A., Syphilis bei schwangeren Negerinnen; Dunkelfeld bei der Diagnose der fötalen Syphilis bei der Sektion 531.
Barwinski, A., Über Cuprex 462.
Bastai, P. u. Busacca, A., Pathogenese des Herpes febrilis 356.
Barzilai-Vivaldi, G. und Kauders, O., Impfmalaria experimentell durch Anophelen nicht übertragbar 567.
Battaglia, M., Infektion mit menschlichen und tierischen Protozoen 852.
Batunin, Prostitution und ihr Einfluß auf die venerischen Krankheiten 878.
Bauer, H., Chemie der Wismutverbindungen 150.
— J., Erwiderung zu den Bemerkungen von Cohen über einige Zwillingsschwestern mit ungleicher Augenfarbe 639.
Bayer, W., Anteil der Fibrillen am Parenchym und Stroma der Sarkome 83.
— — s. Schiff.
Baylis, A. B., Sheplar, A. E. u. Mac Neal, W. J., Vernessche R. und WR, Vergleich 147.
Beck, S. C., Hautkrankheiten und Disposition 669.
— — — Neosalvarsanbehandlung des Lupus vulgaris 343.
Beer u. Engel, Neosalvarsan-Cyarsal-Mischspritzenbehandlung 561.
*Behdjet, H. s. Hodara.
Behn, G. W. s. Stokas.
Behrend, Gustav 762.
*— — †, Levin 806.
Behrmann, K., Zweckmäßigkeit der Paralleluntersuchungen n. WR, MTR und Bruckscher R. bei der Serodiagnose der Lues 788.
Beinhauer, L. G., Ultraviolette Strahlen in der Dermatologie 308.
Belding, D. L. u. Holmes, R. H., WR nach intramuskuler Injektion von Neoarsphenamin 390.
Belgodère, G., Herpesartige Metritis 388.
De-Bella, A., Erythema anulare centrifugum 523.
Belonovsky, G. D., Vakzine-Chemotherapie 689.
Belostozky, M., Akute eitrige Prostatitis 889.
Belot s. Louste.
Bénard s. Pautrier.
Benedek, L., Symptome Raynaudscher Krankheit verursacht durch Halsrippen 724.
*— T., Vulvovaginitis oidiomycotica und Balanoposthitis oidiomycotica 435.
Benedit, P., 400.
Beniasch, M. u. Lerner, D., Beschleunigte Ausflockungsreaktion bei Lues 855.
Benoit, J., Geschlechtsveränderung durch Experiment 232.
Bewzégri, E., Ulcus molle in Algerien 597.
Bera s. Strominger.
Berde, K., Antisyphilitische Kuren und Senkungsreaktion 346.
— — Dermatitis menstrualis (erysipeloidea 730.
*v. Berde, Karl, Toxicodermamenstruale 201.
Bergonié, Jean A. 236.
Berman, W. s. Hartoch.
Berndt, F., Behandlung von Gesichts- und Nackenfurunkeln 397.
Bernhard, F., Lichtdurchlässigkeit der Haut und Lichtabsorption 313.
*Bernstein, A. D., Einwirkung von Wismut auf die morphologische Zusammensetzung des Blutes 685.
Bertanci, R., Endokrine Gleichgewichtsstörung und Psoriasis 523.
Bessau, G. u. Köhler, O., Die Fellnerschen Papelsubstanzen 467.
Bessel-Lorck, Unnötige Überdosierung des Schwefels bei Krätzebehandlung 461.
Bettin, G., Lupusbehandlung mit Kupferdermasan 492.
*Beutl, Paul, Zur Stovarsolfrage 582.
Bieberfeld, H. s. Bloch.
— — — Buttenwieser.
Biberstein, H. u. Lubinski, Organ- und Artspezifität 264.
Bieder, H., Wismutbehandlung 563.
Bieling, R., Tuberkulose und Ernährung 107.
— — Wesen des Tuberkulins 491.
Bierich, Physikalisch-chemische Vorgänge bei der Teerkrebsbildung 756.

Digitized by Google

Bierich, R., Über Krebsbildung 423.
Bigland, Ph. M., Watson, G. A. u. Bigland, A. D., Beziehungen zwischen Paralyse und somatischer Syphilis 528.
Binkert, M., Fibrolipoadenoma intracanaliculare sarcomatodes xanthomatodes mammae 428.
Birkhoug, K. s. Younj.
Birnbaum, J., Bimogenol und Mesurol, Behandlung 564.
— Atrophisierende Follikulitis 383.
— G., Gelbsucht und Leberatrophie bei Salvarsanbehandlung 562.
— Knochen- und Hauttuberkulose, Rachitis und latente Syphilis 383.
— Kongenitale Spätsyphilis 383.
— Rezidivierendes, chronisches, hyperkeratotisches Ekzem 382.
— Sklerodermie, a) umschriebene, b) diffuse 382.
— G., Sogenannter „Salvarsanikterus" 750.
— Syphilis, Syphilisbehandlung und Leber 378.
Bischoff, H., Purpura fulminans 354.
Bizard, L., Seborrhoische Alopezie, ultraviolette Strahlen bei 761.
Bize, R. s. De Lavergne.
Bizzozero, E., Ursachen der Härte des P.-A. 449.
Black, K., Periarterielle Sympathektomie 355.
Blaisdell, J. Harper, Dermatologie an der Hand von Fällen 69, 185, 309, 484.
Blanc, H., Zysten der Niere 808.
— — s. Négro.
Blass, O., Rivanol 276.
Bloch, Br., Berufsdermatosen, speziell Ekzem 692.
— — Experimentelle Erzeugung von Röntgenkarzinomen bei Kaninchen 425.
— — Stovarsol und Luesphrophylaxi 539.
— — Labouchère u. Schaaf, Chemische Charakterisierung und Darstellung des Trichophytins 905.
— B. u. Ramel, E., Lupus erythematodes und Tuberkulose 80.
— E. u. Bieberfeld, H., Liquor cerebrospinalis, Eiweißkörper und Goldsolreaktion 535.
— L. s. Brams.
— Marcel 672.
— W., Primäre Heilung bei infizierten Nahtwunden durch Rivanol 358.
Bloomberg, M. W. s. Barenberg.
Blühdorn, K. u. Völckers, H. Ausgewählte Kapitel der Krankheiten des Säuglings- und Kleinkinderalters 639.
Blum, K., Agglutination der Spirochaeta pallida 531.
Blum, Paul, Behandlung der Hautkrankheiten mit Mineralwässern 691.
— V., Chirurgische Behandlung der Niereninsuffizienz 183.
— A., Erwiderung auf Rotschilds Bemerkungen, Prioritätsstreit Blum-Praetorius über Purpura urologica 846.
— V., Purpura der oberen Harnwege, Bemerkungen zu Praetorius' Artikel in Bd. 18 34.
— — u. Glingar, A., Tutokain in der urologischen Praxis 193.
— L., Delaville, M., u. van Gaulaert, Veränderungen des Blutes im Verlauf des anaphylaktischen Choks 672.
Blumenthal, B., Auler, H. u. Meyer, P., Neoplastische Bakterien in Krebsgeschwülsten 426.
— F., Strahlenbehandlung bei Hautkrankheiten 419.
— G. u. Shirakawa, T., Wert der WR und kolloidalen Reaktionen für die Liquordiagnostik 534.
Boas, Harald, Erfolge der Behandlung von 48 an kongenitaler Syphilis leidenden Kindern 625.
— K., Pallidostriäre Syndrome bei Lues und Metalues 850.
— — Syphilogene Erkrankungen des Magens 497.
— — Toxische Hauterscheinungen nach Wismut 566.
Bock, W., Rivanol in der Chirurgie 276.
Bodeck, G., Koitierversuche von Kindern 634.
Boeckel, A., Beginnende Tuberkulose der Niere; kein funktioneller Ausfall; Nephrektomie, Heilung 261.
Boez, L. u. Schreiber, J., Widersprechende Ergebnisse der WR mit erhitztem und nichterhitztem Serum 28.
*Bogdanow, S., Behandlung der Syphilis mit Spirobismol 25.
Bohne, Bemerkungen über die WR 854.
Böing, H., Degeneration der humanisierten Lymphe im 19. Jahrhundert 466.
Du Bois, Ch., Therapie der Narben und Keloide 732.
Bommer, S., Neutralsalzreaktionen an der Haut 273.
Bond, S. P., Fremdkörper in der Harnblase 606.
Bonjour, Heilung der Warzen durch Suggestion 79.
Bonne, Gefahren der Impfungen 465.
Bonnet, L. M., Flüchtiges retikuläres Erythem bei abortiver Ichthyosis 396.
— — — Kohlensäureschneebehandlung in der Dermatologie 39.
— — — u. Pétouraud, Proteintherapie bei Geschlechtskrankheiten 887.

Digitized by Google

v. Bonsdorff, A., Universelle Lichtbäder mit der Quarzlampe bei tuberkulösen Symptomen 817.
Boone, C. A., Retention des Hodens 309.
Borak, J., Röntgentherapie der Erfrierungsdermatitis 724.
Borden, Daniel, L., Partielle Skrotektomie 876.
Bornträger, J., Preußische Gebührenordnung 312.
Borrel, A. u. Muller, Pockenvirus auf der Kaninchenhornhaut 792.
Borszéky, K., Sympathektomia periarterialis 724.
Borthen, Lyder, Must 320.
Bortnajew, In welcher Krankheitsperiode suchen die Syphilitiker ärztliche Hilfe auf? 537.
Borst, M., Karzinomerzeugung durch lokale Reize bei Cholesterinfütterung 424.
— — Entstehung bindegewebigen Stromas in Teerkarzinoiden 425.
— — Teerkarzinoide 425.
Bory, L., Erythema annulare centrifugum 415.
— — Mineralwasserkuren bei Hautkrankheiten 40.
Bothe, W., Luminal- und Pyramidonexanthem 40.
Boulanger, L., Spermakultur 455.
Boulin s. Ravaut.
Boussi, Diagnose der Pupillendifferenz 499.
Boutin, P. s. Raynaud.
Bouvier, E., Tampon gegen schwere Blutungen bei der suprapubischen Prostatektomie 630.
O'Boyle, C. P. s. Pfahler.
Brack, W., Lebervenensperre und alimentäre Hämoklasie bei Prurigo 357.
Brams, W. A. u. Bloch, L., Magensyphilis 144.
Brann, Günther 84.
— G., Behandlung der weiblichen Gonorrhoe mit Kollumkapseln nach Pust 31.
Braun, H. u. Goldschmidt, Wunddesinfektion 76.
Breger, J., Impfwesen und Pockenbekämpfung in England 465.
Bréger s. Lortat-Jacob.
Breuer, J., Pityriasis rosea im frühen Kindesalter 395.
Bricker, F. M., Physiologische Eigenschaften der Venen 235.
*Brill, E., Ekzem als Unfallneurose 569.
Des Brisay, H. A. s. Stokes.
Brocq, L., Cliniques dermatologiques 392.
Broders, A. C., Selbstbeschränkung des Krebses 756.
Brodnitz, F. s. Wittgenstein.
Broman, I., Phylogenese der Milchdrüsen und Tasthaare 665.
Bronner, Bekämpfung der Prostitution in Sowjetrußland 486.
— Nächste Aufgaben für Bekämpfung der venerischen Krankheiten 311.
Brown, Th. H. s. Harpester.
— W. P. s. Calhoun.
Browne-Carthew, R. H., Ausgedehnter Naevus vascularis des Gesichtes mit Radium behandelt 787.
Brügger, Masernbekämpfung 463.
Bruhns, Akrodermatitis atrophicans 302.
— Erythrodermie pityriasique en plaques disséminées 302.
— Granuloma pediculatum 720.
— Melanose und Lichen nach Salvarsan 715.
— Sklerödem 715.
— Tertiäre Lues beider Unterschenkel in ungewöhnlicher Ausdehnung 302.
— C., Acne vulgaris bei dreijährigem Knaben 302.
— C., Einige Fragen betreffs Syphilisbehandlung 876.
— u. Picard, Erfahrungen mit Spirozid und Stovarsol 719.
Brünauer, Dyskeratosis congenita palmaris et plantaris, Onychogryphosis, cornua cutanea, Leukokeratosis mucosae oris usw. 134.
— Gewerbliche Schädigung 134.
— Gußverbrennung, Toxikodermie 133.
— Livedo racemosa und Erfrierungen 176.
— Ulcus rodens serpiginosum facici 176.
— St. R., Kongenitale Dyskeratosen 31.
— — — u. Hass, J., Syphilitische Gelenkaffektionen 495.
Brunet, W. M., Spritze von Ball-Typus mit großem Fassungsvermögen 484.
Brüning, E., Gefäßnervenbahnen an den Extremitäten 235.
Bruns, Gudrun, MTR 148.
Brunthaler, E., Intrakutane Tuberkulinprobe 467.
Brytscheff, Linsersche Methode bei Syphilis 311.
— Wismutbehandlung mit dem russischen Präparat Bijochinol 876.
Büeler, F. A., Wismutschädigungen 566.
Bujan, R. s. Volk.
Bumpus, H. C., Maligne Blasentumoren 607.
Burden, G., Hermaphroditismus mit periodischen Blutungen 192.
Bürgers, Scharlachätiologie 463.
Burnier s. Jeanselme.
— u. Rejsek, Fall von Darierscher Krankheit von zosteriformem Typus 624.

Digitized by Google

Burnier u. Rejsek, Lichenoides Tuberkulid 625.
— — — Zirkumskriptes Lymphangiom von zosteriformem Typus 624.
Burr, A. H., Primäraffekt auf dem Augenlid bei einem Kind 819.
Burrell, N. L., Angeborene Verengerung der männlichen Harnröhre 309.
Busacca, A. s. Bastai.
Busch, W. s. Ahlswede.
— Keratodermia disseminata maculosa symmetrica palmaris et plantaris 841.
Buschke, A., Erythema induratum Bazin 302.
— — Essentielle Teleangiektasien 302.
— Euchnuchoider Typus bei Lues congenita 715.
— Hypoplasie des Zwischenkiefers bei Lues congenita 716.
— — Ikterus im Frühstadium der Syphilis 110.
— Kavernom am rechten Augenwinkel 715.
— Lupuskarzinom 715.
— A., Merkblatt über Hautpilzerkrankungen 461.
— Naevus anaemicus 715.
— Parapsoriasis 715.
— A., Pyodermite végétante 302.
— — Spieglersche Tumoren 303.
— Starke Pigmentierung an Stellen abgeheilten, großpapulösen Exanthems 715.
— Strahlige Narben um Nase und Mundwinkel bei Lues congenita 716.
— A., Tuberkulose 302.
— Vitiligo 715.
— Zirkumskriptes Lymphangiom 715.
— Kl. s. Buschke, A.
— A. u. Gumpert, M., Experimentelle Syphilisforschung 531.
*— — — Leissner, O., Behandlung des Ulcus molle serpiginosum, Bemerkung zur Arbeit von Gross 544.
*— — — Peiser, Bruno, Ätiologie der Alopecia aveata 237, 287.
— — — — B., Dermatologie im Lichte der neueren Forschung 268.
— — Rosenbaum, E. u. Buschke, Kl., Blastomykose, Sammelreferat 461.
Bussalai, L. u. Devoto, A., Eigenblut bei Komplikationen venerischer Krankheiten 524.
Busson, Behandlung der Harnröhrenfollikulitiden und der Abszesse mittels Hochfrequenz 261.
— B., Sero-, Vakzine-, Proteinkörpertherapie 190.
— u. Danziger, Polypen oder bullöses polypöses Ödem der Harnblase, Fulguration 455.
Butler, J., Ödematöses Erythem, sog. Akrodynie, bei Kindern 810.
Buttenwieser, S. u. Bieberfeld, H., Fieberhafte Lebererkrankungen bei Lues tardo im Kindesalter 530.
Büttner, H. E., Serologischer Krebsnachweis nach Kahn 424.

Cady, L. D. u. Engmann, Frambösie in Missouri 307.
Cahn, R., Antianaphylaktische Wirkung von Mineralwässern 266.
Cailliau s. Hudelo.
Calhoun, T. F. u. Brown, Epidermolysis bullosa 810.
Calmette, A., Guérin, C. u. Weill, Immunisierung gegen Tuberkulose 107.
Callomon, F., Die nichtvenerischen Genitalerkrankungen 312.
Cange, A. u. Antoine, R., Kongenitale Keratitis parenchymatosa und endokrine Störungen 529.
Canon, H., Katamin 462.
Canuyt, Georges, Venerische Skrofulose. Kongenitale Syphilis und Lupus 593.
— u. Terracol Lupus der Nasengänge. Radiumbehandlung, Heilung 29.
Capelli, Jader, Erscheinungen an der Haut und den inneren Organen bei Syphilis 626.
— J., Trichophytosen und Trichophytide 762.
Carillon s. Spillmann.
Carrel, A., Kultivierung von Gewebe 270.
Carrera, J. L., Ekzem und endokrine Drüsen 527.
Cartia, B., Intrakutanreaktion mit Tuberkulose 449.
Caspari, W., Biologische Grundlage der Strahlenwirkung 315.
Casper, L., Behandlungsmethoden der Prostatahypertrophie 629.
— — Ureterenfisteln u. -eiterungen 182.
Caste, W. F. R., Dermatitis durch Harz 454.
Castellino, Piero, Autoserum- und Autohämotherapie 689.
Castle, W. F. R., Epidermolysis bullosa 786.
— — — — Doppelseitige symmetrische Atrophie 786.
Cathcart, J. W., Knochendystrophien nach Variola 105.
Catsaras, J., Indischer Muduraarm 78.
Catzéflis, A., Elektrische Ionisierung bei der akuten Blennorrhoe der vorderen Harnröhre 32.
Caulk, I. R. u. Sanford, J. H., Beseitigung von Abflußhindernissen am Blasenhals mittels Hochfrequenz 888.

Digitized by Google

Cervera, J., Eritema escarlatiniforme descamativo recidivante 527.
— — Hartnäckige syphilitische Aphthen der Mundschleimhaut 527.
— — Hidroadenomas eruptivos 527.
Chaix s. Goyet.
Chantraine, H., Verschiedene Strahlenempfindlichkeit bei den einzelnen Gewebsarten 318.
Chasin, Knotenförmiges Erythem als Symptom frühzeitiger maligner Lues 827.
Chatellier, L., Nävuskarzinom u. Hornkugeln-Epitheliom 68.
— — Pustulo maligna mit Milzbrandserum behandelt 625.
— u. Nauta, Primäres Epitheliom der Brustdrüse und einer Lymphdrüse 558.
— L. s. Roques.
Chaumier, E., Subkutane Pockenimpfung von Tieren zur Erlangung eines reinen Vakzins 105.
Cheinisse, Léon 152.
— — Ulcus molle, antistreptobazilläre Vakzine 883.
Cheramy u. Valentin, Behandlung der Ulcera varicosa 422.
Cherefeddi, O., Epidemiologie der Pocken 791.
Chesney, A. M. u. Kemp, J. E., Nachweis der Spirochäta pallida im Liquor bei Frühsyphilis 852.
Chiappini, E., Histopathologie der Ichthyosis; Veränderungen an innersekretorischen Organen 755.
Chipman, E. D., Elektrizität in der Dermatologie 278.
Christeller, E., Pathologie der Geschwülste der Harnblase 845.
Christiansen, J. A., Hevesy u. Lomholt, Zirkulation des Wismut im Organismus, radiochemische Methode 151.
Cirillo, G., Pollakisurie als Spätsymptom kongenitaler Lues 808.
— — Primäres Sarkom der Blase 807.
Civatte, A., Psoriasis vulgaris und seborrhoisches Ekzem 453.
— — — und Ekzem, pathologische Anatomie, histologische Diagnose 305.
— Üble Zufälle nach intramuskulären Wismuteinspritzungen in wäßriger Suspension 416.
Clark, W. L., Morgan, J. D. u. Asnis, E. J., Einwände gegen den Gebrauch von Radiumemanation in filterlosen Röhrchen 697.
Clay, J., Harnröhrensteine von ungewöhnlicher Größe 605.
Clem, J. G., Gonorrhoe — „einst und jetzt“ 483.
Coe, H. C., s. Alderson.
Cohen, G., Eineiige Zwillingsschwestern mit ungleicher Augenfarbe 639.
— — Pruritus als dyspnoisches Symptom; prurigene Summation 749.
Cohn, A., Moderne Gonorrhoediagnostik und -therapie 599.
— — u. Simon, F., Wert der Kulturmethode für die Klinik der Gonorrhoe 735.
— J., Grampositive Diplokokken bei chronischer Urethritis 184.
Cole, H. N., Hutton, J. G., Rauschkolb, J. u. Sollmann, Metallische Quecksilbersuspensionen: therapeutische und schädliche Wirkungen 538.
Conrad, A. H. s. Weiss.
Corbitt, H. B. s. Myers.
Corbus, O. u. O'Conor, J., Diathermie als Spezifikum bei gonorrhoischer Epididymitis 192.
Cornwall, L. H. u. Myers, C. N., Arsengehalt im Gehirn, Liquor und Rückenmark von Kaninchen nach intravenöser Silberarsphenamininjektion 386.
Correa, L M. s. Rofffo.
Corson, E. F. u. Knowles, Ulerythema ophryojenes 147.
Le Coty, Unschädlichkeit von Salvarsan bei den Schwarzen Afrikas 417.
Coudray, G., Behandlung der Varizen und Hämorrhoiden mit thrombosierenden Einspritzungen 700.
Couvert, Carlo, Intradermale Heteroproteintherapie 689.
Cranston Low, R., Trichophytie und Mikrosporie und Zusammenhang mit lichen spinulosus 187.
— — — Behandlung der Psoriasis 395.
Creyssel, J., Dauerureterenkatheterismus 226.
Crha, J., Chinin-Jodbismutol „Quinby“ 145.
— — Leukoderma nach Herpes tonsurans maculosquamosus 146.
Cronin, H. J., Hexamethylenaminvergiftung in der Kautschukindustrie 280.
Cronquist, C., Gesichtspunkte und Aussichten auf Erfolge bei der Behandlung der kongenitalen Syphilis 876.
Crosbie, A. H., Harnblasenrupturen 606.
Crosti, A., Paraurethrale Kanäle beim Weib bei Gonorrhoe 524.
Cruceanu, H. s. Papilian.
Cseresnyés, T., Tuberculosis verucosa cutis mit Elefantiasis pedis 817.
Csillag, J., Hypertrichose und Vererbung 760.
Culver, G. D., Radiumbehandlung des Lupus erythematodes 353.

Digitized by Google

Culver, G. D. s. Montgomery.
Cumston, C. G., Arsenpräparate bei der Behandlung der Syphilis 149.
Cunningham, J. H., Neue Methode zur allmählichen Entleerung der Harnblase bei hochgradiger Retention 605.
Czickeli, H., Überträgung der Syphilis auf die zweite Generation 818.

Dahmen, Erreger der Lungenseuche und Maul- und Klauenseuche 264.
— s. Frosch.
Dalmady, Z., Über „Madimol" (Hexamethylentetraminstearinat) 691.
Damski, A., Ableitung des Urins bei inoperablem Blasenkrebs durch doppelseitige Nephro- oder Ureterostomie 260.
Danysz, J., Wesen der Reaktionen bei spezifischer und nichtspezifischer Bakterio- und Reiztherapie 38.
Danziger s. Busson.
Darier, J., Alopecia areata mit Kanities durch Schilddrüsenextrakt geheilt 73.
— J., Progressive und rezidivierende Dermatofibrome oder Fibrosarkome 185.
Darquier s. Louste.
Dauptin s. Laignel-Lavastine.
David, Ch., Latente Gonorrhoe-Bazillenträger 593.
Decrop, Skarlatiniformes Exanthem bei Wismut 417.
Degkwitz, R., Diphtherieschutzimpfung 393.
— — — in München 727.
Degrais, P., Behandlung der Angiome 353.
Dehmel, R., Ureterersatz durch Plastik aus der Harnblase 632.
Delaville, M. s. Blum.
Delbanco, E., Einwirkung des elektrischen Stromes auf Epithel- und Krebszelle 670.
*— Ernst, Gesetzliche Regelung der Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten 62, 96, 127.
*— — Nachtrag zur Arbeit: Über Mercutin, einem Quecksilberpuder 131.
Delbrück, Hans, Kollargolreaktion 534.
Delhougne, E. s. Thomas, E.
Demanche, R. u. Guenot, L., Empfindlichkeit der Vernesschen Reaktion 148.
Dennie, Ch. C. u. McBride, W. L., Behandlung der Arsphenamin-Dermatitis, Hg- und Bleivergiftung 858.
Dér, O., Spezifische Hautempfindlichkeit bei Urticaria haemorrhagica 346.
Dessauer, Fr., Biologische Strahlenwirkung 41.
Deutschmann, F., Herpes zoster und Optikuserkrankung 726.
Devoto, A. s. Bussalai.
Diakoff, Reizung der Gewebe als Prinzip der antigonorrhoischen Behandlung 592.
*Diaz, Francisco, Der erste Urologe, Lejeune 516.
Dick, G. F. u. G. H., Verhütung des Scharlach 104.
Dietel, F., Karzinom auf einem Lupus erythematodes 142.
— — Mesurol, neues, gut wirkendes Wismutpräparat 564.
— K. s. Polano.
Dillard, G. J. u. Weidman, F. D., Kaposis multiples haemorrhagisches Sarkom 810.
Diss, A. u. Lévy, G., Leiomyosarkom auf einem Gesichtslupus 28.
Djakow, Einspritzung kleiner Quantitäten Milch bei gonorrhoischen Komplikationen 34.
Diss, A. u. Lévy, Georges, Rhabdomyosarkom der Stirn 594.
Dobell, Xeroderma pigmentosum 227.
Dobrotworskaja, Sklerodermie im Gefolge von Skorbut 731.
Doctor, E., Haartracht und Ohrekzem 692.
Dóczi, G., Akanthosis nigricans 756.
Doerr, R., Ergebnisse der Forschungen über Ätiologie des Herpes und Zoster 726.
— — Herpes simplex und Zoster, neuere Forschungen 356.
Dohi, K., Alopecia universalis mit artifizieller Gelbfärbung der Haut 70.
— — Vorwort zur Arbeit „Beiträge zur Geschichte der Syphilis" usw. 70.
— — Urticaria bullo-haemorrhagica 70.
— S., Kryptorchismus und Polyorchidie 71.
— K. u. Kanno, H., Bismutpräparate gegen Lues 452.
— Sh., Lichen nitidus 785.
Dohnal, H., MTR, Mikroreaktion 341.
*— Paul, MTR-Mikroreaktion 367.
*— — MTR, Mikroreaktion 408.
*— — Schlußwort zu Meinickes Bemerkungen über MTR 901.
Domagk, G., Retikuloendotheliales System, Infektionserreger, Amyloid 670.
Dor, L., Infektiöse bucco-dentale Pathogenese der multiplen Sklerose 458.
Dori, S. E., Akrodermatitis perstans 227.
— — — Ichthyosis 227.
— — — Lepra 453, 786.
— — — Morhaea guttata 453.
— — — Psoriasis der Lippenschleimhaut 227.
— — — Purpura annularis teleangiectodes 787.

Digitized by Google

Dori, S. E., Lichen plano-pilaris 787.
Dorseg, Th. M., Folgen angeblich geheilter Gonorrhoe 309.
Dowling G. B., Granuloma annulare 787.
— — — Lupus 787.
— — — Persistierendes Erythema multiforme 228.
Dreyer, Masernprophylaxe 463.
Driver, J. R., Reinfektion bei Syphilis 818.
Drouet, G., Wismutbehandlung 563.
— s. Spillmann.
— u. Laurent, Impetigo varioliformis 100.
— — Michon, Tuberkulöse Ulzerationen der Hand und des Fußes 100.
— — Watrin, J., Lymphosarkom des Halses 594.
Dubreuilh, W. u. Joulia, P., Lupus pernio 590.
Dudgeon, J. S., Kahnsche Reaktion bei Paralyse 533.
Dufestel, L. G. u. Lazard, P., Ultraviolette Strahlen bei chronischer Urethritis 455.
Duke, W. W., Epinephrin gegen Schmerzen bei Herpes zoster 727.
— — — Urtikaria durch physikalische Reize 355.
Dumet s. Hudelo.
Dumpert, V., Trophische Hautveränderungen nach organischen Affektionen des Nervensystems 268.
Dunham, J. D., Experimentalpathologie des Karzinoms 757.
Dupuy-Dutemps s. Louste.
Duschnitz, L., Röntgenstrahlen und Haut 319.
Dussetzkaja, Ichthyosis hystrix nigricans 311.
Duval, H., Hereditäre syphilitische Belastung und Ekzem 395.
Duwe, W., Kongenitaler Defekt der Niere bei rudimentären Genitalorganen 231.
Dvorak, R., Pseudohermaphroditismus masculinus internus 193.
Dyer, Isadore 500.
Dyson, W., Bakteriotoxinsalbe bei Lupus erythematodes 493.

Eblinger, Krätzebehandlung mit Ekrasol 461.
Eck Madison, C. P. s. Lorenz.
Edelmann u. Kritzmann, Diabetes insipidus bei einer Schwangeren mit Lues ignorata 591.
Eden, R., Phlegmonen und ihre Behandlung 729.
Efron u. Grshebin, Therapeutische Wirkung des Bijochinol und Bimutogwi auf Syphilis des zentralen Nervensystems 877.
Egorow, Autohämotherapie bei Hautkrankheiten und Epididymitis 225.
Egyedi, D., Blennorrhoische Erkrankungen der Harnwege und Behandlung 345, 346, 347.
Ehrich, W. S., Diathermie bei Tripper 309.
Eichelter, G., Salzsaures Pepsin in der kleinen Chirurgie 276.
Ehrmann, S., Beziehungen der ekzematösen Erkrankungen zu inneren Leiden 188.
— Flaches, ekzematoides Epitheliom 140.
— Lupus follicularis disseminatus 140.
— Sclerodermie en plaques 222.
Eisner, E. u. Katzschmann, E., Sklerom, Heilung durch Röntgenstrahlen 730.
Ekonomou, A., Lichen atrophicus oder Porokeratosis Mibelli 417.
Eliascheff, Olga, Groppierte, großpapulöse Tuberkulide und Lupus erythematodes 26.
— — Ulzeröse Radiodermatitis und spinozelluläres Epitheliom auf Lupus erythematodes 28.
Eliassow, A. u. Sternberg, A., Pemphigus foliaceus und Todesursache bei P. 343.
Engel s. Beer.
— C. S., Einfache Blutuntersuchungsmethoden für den Praktiker 533.
— K., Aortitis luetica 819.
*Engelhardt, W., Schädigungen der Niere und der ableitenden Harnwege durch Wismut 338.
Engmann, M. F. s. Cady.
Epstein, G., Ektopie der Harnblase 887.
Erschoff, Lichen spinulosus 102.
Erdmann, R., In vitro gezüchtete Stromazellen des Flexner-Joblingkarzinoms 427.
Erlanger s. Jacobsohn.
Ernotte, Arsenstomatitis 559.
Esau, Spontaner Untergang des gesunden Hodens 891.
— Variola vera, Varizellen und varioloiformes Syphilid 105.
Ewing, J., Karzinomdiagnose 758.

Fabian, A. s. Meska.
Fabry, Johann H., Indikationen für die Anwendung des Sulfoxylates 626.
Failla, G., Faktoren bei der biologischen Strahlenwirkung 693.
Falci, E., Nierennekrose 807.
— — s. Lévy.
Falchi, G., Gonorrhoe, intravenöse Vakzinetherapie 885.

Digitized by Google

Falkenstein, F., Zosteriforme Pigmentierung nach Schußverletzung 344.
Fasal, Lupus vulgaris 181.
— Urticaria perstans verrucosa 222.
Favre, M., Lymphogranulomatosis inguinalis subacuta, Ätiologie 597.
Fay, A. u. Gaal, A. K., Eigeneiterbehandlung der Ulcus-molle-Bubonen 344.
Feigin, Morphologie des Blutes eines normalen Kaninchen 878.
Fejtö, M., Heliobrom in der Hauttherapie 347.
*Feldmann, A. A., Leukoderma solare 117.
— M. S. s. Gordon.
— s. Goshebin.
— W., Pigmentierung nach Salvarsan-Wismut 877.
— — s. Aristow.
Felugo, C., Primäraffekt des behaarten Kopfes 524.
*Fenyo, J. s. Sellei.
Fernbach, H., Neufeld-Besredkasche Schutzimpfung gegen Überempfindlichkeit bei Seruminjektionen 265.
Feygin, N., Neue Methode der Phimosenoperation 604.
Fick, J., Epididymitis erotica 483.
Fierster, O. H., Schmerzhafte Knötchen des Ohrs 810.
Finger, F., Wandlungen im Krankheitsbilde und in der Behandlung der Syphilis 817.
Finkelstein, J., Atypischer Verlauf der experimentellen Syphilis beim Kaninchen 878.
— u. Sigalow, Dermatomyzeten in Moskau 102.
Finkenrath, K., Quarzlicht dosimetrie 699.
Finnerud, Cl. W., Lupus erythematodes der Mundschleimhaut 902.
— S. W., Über Lichen microsporicus 811.
Fischel, A., Entwicklung der Keimdrüsen 601.
— Essentielle Teleangiektasien (Brocq) im Gesicht 720.
Fischer, A., Biologie der Geschwulstzellen 81.
— — Nierenbefunde bei Behandlung der Lues mit Wismut 151.
— E., Fruchttod bei Serumkrankheit der Mutter 264.
*— H., Fox-Fordycesche Krankheit 821.
— — Recklinghausensche Krankheit 342.
— K., Klinische Diagnose des Prostatakarzinoms 629.
— M., Arthritis gonorrhoica beim Säugling 598.
— W., Acne necrotica 521.
Fischer, W., Erythema induratum 521.
— — Psoriasis mit vererblicher Tendenz 521.
— Gefahren des Geschlechtslebens 228.
Fischer, E. u. Wittenberg, S. S., Dermatitis exfoliativa der Neugeborenen 147.
Fischer-Defoy, Zwangsbehandlung und -bewahrung 637.
Fischl, F., Entstehungsbedingungen der tuberkulösen Allergie 904.
— — Lymphogranulomatosis inguinalis 730.
— — Physiologische Behandlung des Colliculus seminalis 890.
— R., Blasenausschläge im Säuglingsalter 77.
— Hauttuberkulide bei Meerschweinchen 134.
Flarer, F., Melanodermien unbekannter Ursache 523.
Flaskamp, W., Akanthosis nigricans 80, 456.
— — Röntgenschädigungen als Unfälle und Gewerbekrankheiten 696.
Flecker, H., Behandlung von Lupus der Nasenschleimhaut mit Röntgenstrahlen 108.
Fleischer, F., Erkrankungen der Knochen bei Lupus pernio und Boecks Miliarlupoid 108.
Fleischmann, A. G., Anurie 309.
Fonseca, F., Bildung von Harnblasen- und Dauerfisteln 34.
Fontaine, R. s. Stulz.
Fordyce, D. J. A., Rosen, J. u. Myers, C. N., Ausscheidung des Arsens durch die Nieren nach intravenöser Injektion 385.
— J. A., Rosen u. Myers, Quantitative Studien bei der Syphilis: Lokalisation und Schicksal des Salvarsans 143.
— — — — Wise, F., Lepra in New York 560.
Förster, Lungensyphilis 384.
Förtig, H., WR auf aktive Tuberkulose bes. bei Hauttuberkulosen 814.
Foubert s. Ménard.
Fraenkel, L., Männlicher Scheinzwitter und Kretinismus 886.
— M., Karzinom und Röntgentherapie 318.
Fraisse, Enuresis 195.
François, J., Strahlendiagnostik der Harnwege 450.
Frank, A., Induratio penis plastica 887.
Franke, F., Behandlung des Fingererysipels 398.
*Frankenthal, Ludwig, Chirurgische Behandlung des nicht heilenden Pruritus ani, auch bei schwersten Formen von chronischem Ekzem 163.

Digitized by Google

Fraser, R., Granulom der Leistengegend 487.
— Reith, Syphilis der Eingeborenen Südafrikas 185.
*Frei, W., Urethritis posterior chronica mycotica 411.
Freudenberg, A., Rezidive der Prostatahypertrophie nach suprapubischer Prostatektomie 889.
Freund, Emanuel 152.
— E., Fox-Fordycesche Dermatose 522.
*— — Giorgio Nicolich † 555.
— F., Acne necrotica mit Herdreaktion auf Alttuberkulin 177.
— — Adenoma sebaceum bei kongenitaler Lues 177.
— — Eigenartige hämorrhagische Diathese 177.
— — Epitheliomähnliches Gumma alae nasi 658.
— — Eigenartige hämorrhagische Diathese 663.
— — Erythema figuratum perstans 658.
— — Chronische Paronychie 840.
— — Lichen ruber planus, partim moniliformis 663.
— — Lues framboesiformis 663.
— L., Röntgenstrahlenbehandlung der akuten Eiterungsprozesse 42.
Frick, F., Angioneurosen 349.
Friedländer, C., Fortschritte in der Gonorrhoebehandlung 599.
Friedman, J. u. Greenfield, S. O., Bedeutung vergrößerter Nackendrüsen 271.
Friedrich, H., Vorgänge in einer Extremität nach Sympathektomie 235.
Frisch, B., Tutokain in der Urologie 602.
Fritsch, Hans, Röntgentherapeutische Merkblätter 419.
Fritz, G. u. Simon, A., Pharmakologische Untersuchung des Jodpräparates Kainon 690.
Fröhlich, A. s. Ritter.
Frosch u. Dahmen, Maul- und Klauenseuche, Erwiderung auf Artikel von Pfeiler 457.
Frost, K. P., Multiples Leiomyom 420.
*Frühwald, R., Die Feier von Rilles 60. Geburtstag 653.
*— Richard, Herpes zoster nach Salvarsanbehandlung bei einem kleinen Kinde, Nachtrag 377.
*— R., Max von Zeissl † 519.
Fuchs s. Gastou.
Fuhs, H., Atypisch lokalisierte tiefe Trichophytie 660.
— Dariersche Krankheit 662.
— Gußverbrennung 224.
— Herpes tonsurans erythemato-squamosus bei Säugling 135.
Fuhs, Keratoma hereditarium 181.
— — — palmare et plantare 842.
— Lupus vulgaris ulcerosus der Nase und Lichen scrophulosorum 178.
— Morbus Darier 134.
— Pemphigus vulgaris 665.
— H., Röntgentherapie der Hautkrankheiten 320.
— Sclerodermie en bandes 178.
— Sklerodermie und Sklerodaktylie 137.
— Verätzung des Gesichts mit Karbolineum.
Fukamachi, R. s. Aoki.
— T. s. Aoki.
— — Präkanzeröse Dermatosen 391.
Fürth, J. s. Rajka.
Furuta, Sh., Faszienknochen der Tunica albuginea penis 603.

Gaal, A. K. s. Fay.
Gal, F., Strahlenbehandlung einiger Frauenkrankheiten 42.
Gál, H., Gonorrhoe des Mastdarms 884.
Galant, J. S., Striae cutis bei 32jähr. Manne 422.
Galewsky, E., Hautentzündungen nach Ersatzstoffen 279.
Gallavardin, L., Syphilis und Angina pectoris bei Anstrengung 110.
Gans, Oskar 320.
— O., Endokrine Drüsen und Hautveränderungen 399.
— — Physikal-chemische Zustandsänderungen gesunder und kranker Haut 669.
*— — u. Schlossmann, H., Einfluß kurzwelliger Strahlen auf die Permeabilität der Haut 469.
Gargano, C., Syphilitische Veränderungen des Nabelstranges 523.
Gastou u. Fuchs, Verkannte Syphilis von lupoidem Aussehen; Einfluß von Traumen auf die Entwicklung latenter Syphilis 557.
— — Tissot, Ikterus bei Schanker im sero-negativem Stadium 558.
van Gaulaert s. Blum.
Gawalowski, K., Psoriasis vulgaris und Thymus 485.
Gay, F. P. u. Clark, A. R., Rediculoendotheliales System und Antikörperbildung 264.
Gayet, G., Forcierter Ureter 260.
Géber, J., Prophylaxe der Syphilis 347.
*v. Geist, Gáspár, Behandlung der Gonorrhoe durch Vakuum 553.
Genner, V., Behandlung des Ulcus tropicum 591.
Gennerich, Wilhelm, Erfolge der endolumbalen Salvarsanbehandlung in allen Stadien der meningealen Syphilis 627.

Digitized by Google

Gent, W., Ballistol 692.
Gerbay s. Lévy.
Gerhard, W. J., Nachweis von latentem Ikterus während der Salvarsanbehandlung 562.
Gerstenberger, H. J. u. Wahl, Ultraviolette Strahlen bei Peritoneal- und Drüsentuberkulose 816.
Gettinger, J. H., Pockenimpfung intrakutan 105.
Giarrochi, G. 762.
Gicklhorn, J. u. Keller, R., Elektive Vitalfärbungen 667.
Giesemann, Perkutane, unspezifische Reizbehandlung 688.
Gilbert, R., Röntgentherapie des Lymphogranuloms 351.
Gildemeister, E. u. Herzberg K., Experimentelle Untersuchungen über Herpes 726.
Gilmour, A. J., Multiple benigne zystische Epitheliome 484.
Gillot, Sarrouy u. Thiodet, Pseudoleukämie auf hereditär-syphilitischer Basis 530.
Girgolaff, S., Lokale Azidose der per primam heilenden Wunden 358.
Gitmann, Dispanser, Bekämpfung der Erbsyphilis 487.
Gitowitsch, W. s. Isabolonsky.
Glaser, F., Haut und vegetatives Nervensystem 671.
Glass, E. u. Krüger, E., Tintenstiftverletzungen bei Tier und Mensch 727.
Glassmann, J., Adenosarkom der Tonsille durch Radium geheilt 760.
Gliener, Divakzine bei Gonorrhoe 102.
Glingar, A. s. Blum.
— — Diagnose der weiblichen Gonorrhoe 191.
Glück, Alexander 672.
Goebel, F., Masernprophylaxe nach Degwitz 104.
Goecke, Heilung von Röntgenschädigung durch Solarson 696.
Goeckermann, W. H., Lupus erythematodes, Röntgenbestrahlungen der Drüsenregionen des Körpers 756.
Golay, J., Abortivbehandlung der Syphilis 875.
— — Sympathisches System und Dermatosen 671.
— — Unerkannte Syphilis 109.
— — u. Weyl, L., Allgemeine Pathologie der Syphilis 227.
Goldenberg, L. u. Panisset, L., Moderne Anschauungen über Vakzinetherapie 274.
Goldjanitzki, „Integrale" Therapie infizierter Wunden 359.
*Goldschlag, F., Angiokeratoma Mibelli 321.
Goldschmidt, R. s. Braun.
Goldschmied, Aktive Syphilis 52 Jahre nach der Infektion 810.
— Behandlung der Epididymitis mit Milch 601.
Goldstein, W., Nierenschädigung und Urämie nach „Chloramin Heyden" 691.
Gollier, W. T., Rattenbißfieber 464.
Golossowker, Ergebnisse einer Umfrage über das geschlechtliche Leben 487.
— Geschlechtsleben der Frau 312.
Golschmied, Linsersche Methode bei Syphilis 310.
Goodman, Herman, Liste der Erfordernisse für Syphilis-Stationen 69.
— H. s. Michel.
Gordon, W. H. u. Feldmann, M. S., Akute, gelbe Leberatrophie nach Neo-Arsphenamininjektionen 561.
Görl, P., Sarkoid Darier-Roussy 752.
Görl u. Voigt, Ätiologie der Pityriasis rosea 395.
— — — Blasenlähmung bei Gonorrhoe 598.
— — — Toxische Hauterscheinungen nach Wismut 566.
Gottesmann, J., Fingergangrän b. Sklerodermie 422.
Gottron, Lupus miliaris disseminatus 303.
— Mammakarzinom beim Mann 304.
— Polyglobulie bei Purpura anularis teleangiectodes Majocchi 521.
Götze, Hautdiphtherie im frühen Kindesalter 395.
Goubeau, Kleiner Tumor der Zunge, einen hypertrophischen Syphilisplaque vortäuschend 624.
— Mykose der Zunge, syphilitische Plaques muqueuses vortäuschend 624.
Gougerot, A., Hautjucken ohne Hauterscheinungen, aber mit Lichen planus der Mundschleimhaut 415.
— H., Arsendermatitis bei Ehegatten 875.
— u. Peyre, Ed., Behandlung von Dermatosen mittels Bakteriophagie 39.
— — — E., Behandlung von Hautinfektionen mit Bakteriophagen 416.
Gouin, J. u. Aoustin, R., Behandlung der Bartholinitiden mit sklerosierenden Einspritzungen 388.
— — — — — Unbeeinflußbarkeit und Rückfälligkeit der Syphilis 389.
De Gouvéa, J., Syphilis der Blase 807.
Govaerts, P., Osmotischer Druck der Porteine im Blute bei der Pathogenese der Ödeme 723.
Goyet, A. u. Chaix, Lähmungen des Plexus brachialis bei Zoster 357.

Digitized by Google

Graham Little, E. G., Epitheliom auf L. erythematodes nach Röntgenbestrahlung 228.
— — — — Erythema circinatum 786.
— — — — — nodosum 786.
— — — — Fall zur Diagnose 228, 787.
— — — — Lymphangioma circumscriptum 227.
— — — — Multiple, benigne Tumoren 227.
— — — — Pityriasis lichenoides chronica 787.
— — — — Urticaria pigmentosa ohne Mastzellen 786.
Grashey, R., Irrtümer der Röntgendiagnostik und Strahlentherapie 350.
Grauaug, H., WR mit wenigen Tropfen Blut 532.
Gray, A. M. H. s. Weber.
— — — — Erythema circinatum 786.
— — — — Granulomatöse Läsionen der Beine 786.
— — — — Nävus mit kongenitalen, atrophischen Läsionen 786.
Grebe, L. u. Martius, H., Vergleichende Messungen der Erythemdosis 319.
Greeley, H. P., Lösliches Mercurochrom 220 bei Rocky-Mountain-Fleckfieber 792.
Greenbaum, S. S., Immunität bei Trichophytie 147.
— — — Klinische Bedeutung des negativen Ausfalles der Komplement-Fixationsprobe 533.
— — — Thiosinamin bei Salvarsandermatitis 562.
— — — Trichophytie, Immunität 307.
— — — u. Harkins, M. J., Syphilisprophylaxe durch Arsphenamine 306.
— — — — Wright, C. S., Nachweis der Syphilis durch Provokation mit der Kolmerschen Reaktion 386.
— — — — — Proteinkörpertherapie bei Syphilis 390.
Greenfield, S. D. s. Friedman.
Greenwood, A. M. u. Quest, J. F., Butyndermatitis 280.
Greif, Mycosis fungoides mit eigenartigem Vorstadium 749.
Grier, G. W., Röntgen- und Radiumtherapie bei Tonsillarkarzinom 459.
Griesbach, R., Kodamasche Ausflockungsreaktion 148.
— — u. Meyerhoff, E., Beitrag zur Luestherapie 537.
Grigoraki, M. L., Über Dermatophyten 761.
Groedel, F. M. u. Lossen, H., Gefahren bei der Röntgenstrahlenbehandlung der chirurgischen und der Hauttuberkulose 695.
*Gross, Martin, Kasuistik des Ulcus molle serpiginosum 205.
Grossmann s. Melchior.
Grosz, K. u. Stransky, E., Lumbalpunktionsschädigung 499.
Grshebin, Frühzeitige Diagnose der Lepra 877.
— s. Efron.
— u. Feldmann, Reinfektion 101.
— — Lipskerow, Unschädlichmachung des Salvarsans durch Serum 486.
Gruber, E., Syphilitische und zugleich tuberkulöse Erkrankungen der Lungen 820.
Grumach, Autonomes Nervensystem und Haut 235.
Grün, Jododerma tuberosum fungoides 810.
— Syphilis in der schönen Literatur 102.
— Tripper und Syphilis in der belletristischen Literatur 312.
Grunke, B., Über Stovarsol 149.
Gruß, Dariersche Dermatose 659.
— Papulonekrotisches Tuberkuloid 659.
— Pityriasis lichenoides chronica 659.
— Salvarsandermatitis 175.
Gruss, Lichen ruber acuminatus universalis 134.
Grüter, W., Herpesvirus 356.
*Grütz, O., Pilzerkrankung durch Akremonium 765.
— Variabilität pathogener Hautpilze 461.
— O., Zum Problem der Krebsentstehung 758.
Gschwendtner, S., Eheberatung 188.
Guarini, C., Röntgenbehandlung der Ekzeme 450.
Guenot, L. s. Demanche.
Guerin, C. s. Calmette.
Guerrini, T., Induratio plastica penis 603.
Guggenheimer, H., Beteilung der Nieren bei multiplen Myelomen 182.
*Guhrbauer, H., Kalkansammlungen in der Haut 113.
Guido, B., Syphilis der Prostata 499.
Guillaume, P., Tertiäre Syphilis der Schilddrüse 849.
Guilmann, Übertragung durch Biß 310.
Gumpert, M. s. Buschke.
— — Schutz der Kinder vor Geschlechtskrankheiten 692.
— — Todesfall nach β-Naphthol bei Skabiesbehandlung 692.
— Zerstörung des Naseneinganges bei kongenital-luetischem Kinde 303.
Gundermann, W. u. Kallenbach, A., Verhalten der Leukozyten nach Hautreizen 272.
Gundersen, E., Varizellen und Herpes zoster 485.

Digitized by Google

Günther, H., Geschwülste der Scheidenhäute des Hodens 891.
Guszmann, J., Senkungsreaktion der roten Blutkörperchen bei Syphilis und anderen Genitalerkrankungen 852.
Guth, Erwiderung auf Arbeit von Pfeiler: Erreger der Maul- und Klauenseuche 457.
Gutmann, C., Amyloidosis der Haut 142.
*— — Über die Bowensche Dermatose 641, 676.
Gutstein, M., Darstellung des Ektoplasma der grampositiven Bakterien 668.
— — Färberische Darstellung des Bakterienektoplasmas, Theorie der Gram-Färbung 263.
Guttmann, Neuer Sekretentnehmer 884.
Guy, W. H. u. Jacob, F. M., Sporotrichose 763.

Haas, L., Ätiologie und Therapie des Pruritus 727.
— Syphilitische (?) Unterschenkelgeschwüre 381.
— N. C., Tumoren in Hufeisennieren 845.
Haase, Marcus 236.
Hababou s. Pautrier.
Haberland, H. F. O., Untersuchungen der Gefäßwand nach der periarteriellen Sympathektomie 724.
Habermann, E. u. Schreus, H. Th., Röntgenbehandlung der Hautkrankheiten 36.
Haebler, H., Seltene Ausscheidungsstörung der Nieren 845.
Hadfield, G. s. Wills.
*Hagena, G., Kasuistik der multiplen Leiomyome der Haut 673.
Hahn, H., Leukozytensturz nach intrakutaner Injektion 39.
— O., Sympathektomie 724.
Hajos, K., Anaphylaxieähnliche Nebenerscheinungen nach Novoprotineinspritzungen 672.
Hall, A. M., Extragenitaler Schanker 495.
Haller, E., Haemangioma cavernosum an der Unterlippe 732.
Halperin, Arbeit der lokalen Dispansere 878.
Hamada, K., Auf den Parasympathikus wirkende Medikamente 69.
— — Beeinflussung der Urinsekretion durch auf den Sympathikus wirkende Mittel 785.
— Einfluß des Pilokarpins und Atropins auf die Urinsekretion 71.
— Einfluß von intraskrotaler Injektion vom NaCl-Lösung bei Epididymitis 71.
Hammack, R. W. s. Looejoy.
Hammer, Weichgummihantelpesar zur Heilung von Analfissur 384.
Hammond, T. E., Entzündung des Trigonum als Ursache der Reizblase 605.
Händel, M. u. Tadenuma, Geschwulstwachstum-Ernährung-Stoffwechsel 81.
Handovsky, H., Kolloidale Struktur der Blutflüssigkeit und Bedeutung des Cholesterins 263.
Hannay, M. G., Urticaria pigmentosa bei Erwachsenen 487.
Hanriot, Elektroden zur Oberflächenelektrolyse 595.
— Hautgeschwülste 595.
Hanshalter, Pemphigusfälle der Kinderklinik 595.
Hardesty, W. L., Wesen der WR 386.
Harkins, M. J. s. Greenbaum.
Harmsen, E., Sprue (Aphthae tropicae) 458.
Harpester, Ch. M., Brown, Th. H. u. Vogelsang, A. D., Ungewöhnliche Verschlüsse des Harnblasenhalses 483.
Harrison, F. G. s. Thomas.
— L. W., Modern Diagnosis and Treatment of Syphilis chancroid an Gonorrhoea 596.
Harry, F., Targesin bei Gonorrhoe 885.
Hartdrant, P. s. Knowles.
Hartmann, F. W. s. Regner.
Hartoch, C. s. Schlossberger.
— O., Muratowa, K., Joffe, W. u. Berman, W., Bedeutung der Haut bei Infektions- und Immunitätserscheinungen 669.
Hase, A., Stiche der Wasserwanze Notonecta glauca 462.
Haslund, O., Ungleichmäßiges Befallensein von Zwillingen bei kongenitaler Lues 530.
Hass, J. s. Brünauer.
Hauck, L., Probleme der Syphilistherapie 537.
Haustein, H., Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten in Dänemark 637.
— — — — — — England 637.
Havashi, T., Strophulus infantum 559.
Haxthausen, H., Optisches Verhalten der Lupusknötchen, Finsenbehandlung 593, 817.
Haye, A. s. Lortat-Jacob.
Hazen, H. H., Röntgenbehandlung der Keloide 352.
— — — Trichophytie unter dem Bilde eines Ekzems 461.
Hecht, H., Technik meiner Aktivmethode der Serodiagnostik bei Lues 532.
*Heckelmann, J. G., Pharmakologie und Toxikologie des Wismuts 508, 585.

Digitized by Google

*Heckscher, Samuel, Nävusfrage, Pigmentmäler, Lentigines, Epheliden, anthropologischer Beitrag 613.
Hedinger, E., Über Hautkarzinome, bez. der äußeren Haarwurzelscheide 758.
Heesch, K. s. Hoff.
Heft, Erbsyphilis und ihre Prophylaxe 878.
Heimburger, L. F., Amöbeninfektion der Haut 560.
Heinemann, H., Behandlung der Lepra mit Thymol 814.
von Heiner, L., Verhütung von Komplikationen der männlichen Gonorrhoe mittels Novoprotin 599.
*Heise, Friedrich, Krysolganbehandlung des Lupus erythematodes 893.
Heller, J., Gerichtsentscheidungen über die Rechtsbeziehungen der Geschlechtskrankheiten 637.
— Idiopathische angioneurotische Hautatrophie und Leriche-Operation 717.
— Multiple primäre Hautsarkomatose 302.
— Nagelveränderungen bei Raynaud 718.
Hellmann, Erythema induratum Bazin 664.
— Frambösiforme Lues 664.
— Primäraffekt der Gingiva 137.
Hempel, C., Sublimatinjektionen bei Varizen 354.
Hensen, N., Kongenital-luetische Stigmata 109.
Hernaman-Johnson, F., Radiotherapie des Karzinoms 319.
Herrmann, F. s. Nathan.
Herzberg, K. s. Gildemeister.
Herzog, F., Pharmakologie der Wismutpräparate; Wismutsubsalizylat 151.
Hessberg, R., Bedeutung der Pupillenveränderungen für die Diagnose luetischer Erkrankungen 850.
Hesse, Max 84.
— M., Behandlung der Säuglingssyphilis mit Merlusan 538.
Heß, G., Lepra der oberen Respirationsorgane 814.
*Heubner, W., Dermoreaktionen 406.
— — Wirkungsweise des Quecksilbers 538.
Hevesy, G. s. Christiansen.
Heyer, E., Ausflockungsreaktion nach Sachs und Klopstock 534.
Heymann, K., Bemerkungen zur Arbeit Weitgassers über Stovarsol 539.
Heyn, Akrodermatitis atrophicans mit sklerodermieähnlichen Veränderungen 303.
— Epidermolysis bullosa bei Lues congenita 521.
— Isolierter Pemphigus der Mundschleimhaut 521.
Heyn, Morphaea 303.
Highmann, W. J., Der gesunde Menschenverstand bei der Versorgung der Syphilis 625.
— W. J. s. Rulison.
Higoumenakis, G., Lichen syphiliticus 819.
Hilarowicz, H., Modifikation der Epithelisierungsverfahrens mittels Epithelbreies 358.
Hildebrand, Ph., Beschreibung der Syphilis congenita durch Humanisten des 12. Jahrhunderts 495.
— — Geschichte der Syphilis 494.
*Hildebrandt, Ph., Syphilis im 11. Jahrhundert 576.
Hilgenreimer, H., Fisteln und Schleimhauttaschen der Unterlippe 421.
Hill, J. H. s. Young.
— H. u. Young, H., Wirksamkeit von Wismuttartraten im Vergleich zum Hg 72.
Hillenberg, Bekämpfung der Verlausung der Schulkinder 462.
Hines, L. E., Malaria und Gehirnsyphilis 567.
Hirabayashi, N., Einfluß der Salze auf die Spermatozoen der weißen Mäuse 230.
Hirta, Y. u. Jamaguchi, Naevus anaemicus Vörner und Morbus Recklinghausen 785.
Hirsch, C., Tutokain als Oberflächenanästhetikum 690.
— H., Lebensdauer der Gonokokken im menschlichen Blut 883.
Hirschberg, A., Menstruation und Haut 399.
— J., Hutchinsonsche Zahnverbildung 529.
Hirschfeld, M., Geschlechtskunde 351.
Hirszfeld, L., Krankheitsdisposition und Gruppenzugehörigkeit 271.
Hizume, K. u. Vollmer, H., Biologie der Haut, Leukozytose nach Intrakutaninjektion unspezifischer Stoffe 234.
Hodara, Menahem, Geschwürige Sporotrichosis der Zunge 626.
*— — u. Behdjet, Houloussi, Acanthosis nigricans, juvenile Form im Anschluß an fibromatöse Tumoren 609.
*Hodara, M. u. Behdjet, Hautaspergillose 476.
Hodges, F. M., Röntgenbehandlung von Karbunkeln und anderen Infektionen 78.
Hoepfner, Th., Geschichte der Syphilis 494.
v. Hoesslin, H., Behandlung der Herzstörung bei chronischen Nierenerkrankungen 844.

Digitized by Google

Hoff, F. u. Heesch, K., Unspezifische Intrakutantherapie bei Hautkrankheiten 451.
— — — Schwarz, K., Haut und Krebs, intrakutane Krebsdiagnostik 424.
Hoffmann, Erich 84.
— — Wismutbehandlung der Syphilis nebst Bemerkungen über verschiedene Präparate 627.
— E., Resorzin-Perkutol bei Erythrasma 143.
— — Spirozid, Stovarsol und Syphilisschutz 143.
— — Teleangiektatische und livedoartige Spätsyphilide 496.
— — Knollentreibendes Fibrosarkom der Haut 788.
— F. L., Lepra in den Vereinigten Staaten im Jahre 1923 814.
— H., Hexanitrodiphenylamindermatitis 692.
— K., Selbsthaltendes Scheidenspekulum mit Auffangevorrichtung 633.
— — s. Schilling.
— E. u. Strempel, R., Unzulänglichkeit der Mischspritzenbehandlung 561.
Hofmann, Ed., Beobachtungen und Messungen an Syphilisspirochäten 852.
Hofstadt, H. s. Mayr.
Hogenauer, F., Zysten im Penis 193.
Hogge, A., Nephrektomie wegen Nierentuberkulose 806.
Höhn, J., Pipettierapparat für Serodiagnostik 534.
Höland, H., Serodiagnostik auf aktive Tuberkulose nach WR 814.
Holits, R., Ureterverzweigung—Röntgendiagnose 891.
Holland, W., Bakteriologische und Klinische Studien über Hauttuberkulose, bes. Lupus vulgaris 348.
— — Studien über Hauttuberkulose 484.
Holtermann, C., Beeinflussung der Vitalfärbung durch Röntgen- und Radiumstrahlen 41.
Holthusen, H., Röntgenwirkung 317.
Holzamer, H., Schieferöl bei gonorrhoischer Epididymitis 600.
Holzschuh, J., Erythema exsudativum multiforme auf der Vaginalschleimhaut und der Portio vaginalis 725.
Honigmann, G., Medizinische Systematik 313.
Hopkins, J. G., Antisyphilitische Wirkung des Bismuts 880.
Horn, W., Erwiderung auf den Aufsatz: „Behandlung der Furunkel und Karbunkel" 78.
— L. u. Kauders, O., Malariablutkonservierung 568.
Hoshi, S., Urticaria perstans 70.
Hosukin, Behandlung der Orientbeule mit Antimon 730.
Hottinger, R., Nierentuberkulose und Nierenkolik 182.
House, W., Nichtsyphilitische Psychosen bei Syphilitikern 528.
Hrshanowski, Venerische und Hautkrankheiten 1923, Leningrader-Rotarmee-Ambulatorium 225.
Hryntschak, Theodor 732.
Huber, E., Behandlung des Erysipeloids durch Umspritzung 729.
— G., Vitalfärbung der Blasenschleimhaut mit Methylenblau 608.
Hübner, H., Behandlung der Bartholonitis gonorrhoica 886.
— Kombinierte externe und intravenöse Psoriasistherapie 728.
— Sogenannte Salvarsanikterus 859.
Huebner, A., Einfluß gewohnheitsmäßiger Gifte, besonders des Nikotins, auf die Salvarsanbehandlung 875.
*Hübschmann, Karel, Intravenöse Bromtherapie 828.
— s. Šamberger.
Hudelo, Cailliau u. Pierrot, Anorekto-vulväre Elephantiasis tuberkulösen Ursprunges bei Lues 72.
— Laporte u. Kourilsky, Allgemeine Lichen-planus-Eruption bei Bestrahlung des Rückenmarkswurzeln infolge umschriebenen Lichen planus 623.
— Kourilsky u. Lapôrte, Salvarsanexanthem, Lichen ruber vortäuschend 623.
— u. Dumet, Pediculoides ventricosus bei Kornträgern 415.
— — Pierrot, Gummi des Nasenrückens mit Hausenschen Bazillen bei Lepra 72.
— — Rabut, Sekundäre Rezidive und schankerartige Läsionen bei behandelter Syphilis 495.
— Rabut u. Pierrot, 13jähriges zirzinäres Erythem bei kongenitaler Lues 73.
Huffmann, L. F., Einseitige Nierenaplasie; Ureter endet im Vas deferens 631.
Hufnagel, L. Tuberkulöse Gummen der Beine; dermo-hypodermische Knötchen von sarkoidem Typus 73.
— u. Pierrot, Ausgebreiteter Lichen planus, akut, allgemeine Drüsenschwelung 416.
Hufschmidt, Behandlung des Lichen planus durch Röntgenbestrahlung des Rückenmarkes 28.
Hügel, G., Favus (Kopf, Haut, Nägel) 30.
Hume, G. O., Atrophie des Sehnerven bei Spätsyphilis 850.
Hutton, J. G. s. Cole.

Digitized by Google

Ikegami, Y., WR bei der Frambösie 306.
Iljinski, Pathologische Anatomie und Histologie der gonorrhoischen Epididymitis 311.
Illing, P., Biochemische Untersuchungen von Karzinomzellen mittels artfremder Sera 757.
Imamura, K. s. Ando.
Irwin, W. K., Ungewöhnliche Ursache des Verschlusses der Urethra posterior 68.
Isaac, A., Gefahren des stearinsauren Zinkstreupuders 40.
— -Krieger, K. u. Noack, G., Cylotropin bei Infektion der Harnwege 607.
Isabolonsky, M. u. Gitowitsch, W., Brucksche Syphilisreaktion 856.
Ischewski, Wie lassen sich die Syphilitiker behandeln? 537.
Ishh, O., Fällungsreaktion mit dem Liquor bei Lues 307.
Ishida, C., Gumma der Portio uteri 71.
Ishimaru, H., Adachi, Y. u. Shimoda, T., Experimentelle Studien mit Wismut an Syphiliskaninchen 560.
Ishiwara, F., Chemotherapie des Krebses 82.
Israel, S., Harnröhrensteine in der Pars prostatica 226.
Israelson s. Perkel.
Ito, S. s. Ando.
Itoh, M., Oidiomycosis cutis 70.
— — Narbenkarzinom, geheilt durch Radium 70.
Iwanow, W. 236.

Jacob, F. M. s. Guy.
— — — u. Wallace, H. S., Multiple sarkomatöse Neubildung der Haut 33.
Jakobovits, B., Scharlach-Schutzimpfung nach Caronia-Sindoni 789.
Jacobsohn, F. u. Erlanger, Experimentelle Untersuchungen über antigonorrhoische Silberpräparate 599.
Jacobi, Rezidivierendes Gesichtserysipel 717.
Jacoby, A. s. Preuss.
— M., Os penis 603, 845.
Jacubowitsch, S., Deviabilität des Komplements als richtigster Faktor bei der WR 592.
Jacubsohn, H. G., Bekämpfung bösartiger Geschwülste 759.
Jadassohn, J., Bedeutung der medizinischen Maßnahmen zur Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten 636.
— — Dermatologie und Venerologie 908.
Jaeger, R., Eichung und Kontrolle von Röntgendosismessern 352.
Jaffé, R., Gewebsveränderungen nach Wismutinjektionen 151.
Jaja 762.
Jakowlew, M., Kollargol bei venerischen Krankheiten 310.
Jakubowitsch s. Kowarski.
Jamamoto, J., Bowensche Krankheit 906.
Janke, H. s. Joseph.
Janossy, J., Punktion der Cisterna cerebello-medullaris 853.
Janovský, V. 568.
Jaquemaire, J. s. Vallery.
Jeanbrau, E., Perineoskrotale Hypospadie, Radikaloperation 807.
Jeanselme, Gedenkrede auf Rollet 557.
— Wismutausscheidung durch den Urin 72.
— u. Burnier, Tuberkulin in der Dermatologie 66.
— E. u. Bloch, M., Adenolymphozele durch Filarien 74.
Jellinek, K., Radikaloperation der Prostatahypertrophie 889.
— S., Formation der elektrischen Strommarke 905.
Jensen, V. s. Thomsen.
Jesionek, A., Heilwirkung des Ektotuberkulins 815.
— Die wissenschaftlichen Grundlagen der Hautpflege 36.
— s. Mraček.
Jessner, M., Experimentelle Prüfung von Haarwuchsmittel 459.
— S., Schuppenflechte und ihre Behandlung 189.
Joffe, W. s. Hartoch.
Johannsen, A., Methoden der Diagnostik und Therapie der kindlichen Gonorrhoe im Institut zu Moskau 877.
Jona, M., Röntgentherapie, konstante Gleichspannung der Kondensatorapparate 695.
Jordan, Arthur 400.
*— — 140 Fälle von Alopecia areata 85.
— A., Ikterus in den ersten Jahren der Syphilis 310.
— — Syphilis als Berufskrankheit der Hebammen 592.
— Über Trichophytide 34.
— A. u. Schamschin, W., Ichthyosis congenita oder Erythrodermie congénitale ichthyosiforme 755.
Joseph, E., Behandlung der Blasengeschwülste 846.
— — Paraffin, Füllmittel für zystoskopische Untersuchungen 557.
— — u. Janke, H., Chirurgie tiefsitzender Uretersteine 183.
— M., Haarfärbung 460.
Jossmann s. Schilling.
Joulia, P. s. Dubreuilh.

Digitized by Google

Juliusberg, Fritz, Über die Wismutbehandlung der Syphilis 628.
Junès, E., Xeroderma pigmentosum und Syphilis 79.
Justus, J., Luetinreaktion nach Noguchi 853.

Kadlicky, R. s. Reinsberg.
Kagen, C., Einfluß der Oberflächenspannungserniedrigung auf das Wachstum transplantabler Karzinome 423.
Kahle, H., Therapeutische Überleitung eines abnormen Triebes in einen anderen aus Zweckmäßigkeitsgründen 906.
Kahn, R. L., Die Kahnsche Fällungsreaktion 854.
— — — s. Keim.
Kaiser, H., Salvarsandermatitis 859.
— — s. Perutz.
Kaktin, A. s. Adelheim.
Kaldori, H. B., Erfahrungen mit Aqua Santali 191.
— — — Kolpocleaner bei weibl. Fluor 231.
Kallenbach, A. s. Gundermann.
Kallmann, K., Todesfall nach Wismut intravenös 566.
Kamanin, W., Hydrargyrum salicylicum neutrale 348.
— Prophylaktische Exzision des Primäraffektes 101.
Kamikawa, Y. s. Aoki.
Kämmerer, H., Allergische Konstitution und primäre spezifische Allergie 265.
Kanno, H. s. Dohi.
Kanter, A. E. s. Pilot.
Kantor, Dermatitis herpetiformis Duhring 841.
— Lichen planus verrucosus 132.
— Papulo-nekrotische Tuberkulide 136.
— Raupendermatitis 178.
Kantorowicz, E., Neues Blutentnahmeglas 853.
v. Kapff, S., Heilvorgänge und Wirkung der Haut und Schleimhäute 628.
Kaplan, I. I., Vergleich zwischen franz. und deutscher „Erythemdosis" 695.
*Kärcher, Max, Behandlung der Gonorrhoe mit Targesin 783.
Karczag, L., Teschler, L. u. Barok, L., Beeinflussung der malignen Geschwülste mit elektrotopen Substanzen 82.
Karlin, M., Röntgentherapie einiger Hautkrankheiten 310.
Karo, W., Buccotropin in der Urologie 602.
Karplus, I. P., Sonderstellung der Genitalhaut bei der Sensibilitätsleitung 233.
Kartamischew, Stoffwechselveränderungen beim Pemphigus 591.
— A., Über das Wesen des Pemphigus 750.
*Kartamischew, A. u. Lewith, R., Rivanol bei männlicher Gonorrhoe 446.
v. Karwowski, A., Fox-Fordycesche Krankheit 750.
Kaschinski, Primäre Syphilis an der Saratower Klinik 1921 bis 1924 310.
*Kasper, Fritz, Doldsche Trübungs- und Flockungsreaktion 645.
Katzschmann, E. s. Eisner.
Kauders, O. s. Barzilas-Vivaldi.
— — s. Horn.
Kauffmann, O., Züchtung menschlichen Gewebes 667.
Kaufmann, E., Dreiwegeschaltung für Injektionen 279.
— J., Tabes dorsalis im Kindesalter 850.
Kawamura, M. s. Aoki.
Kawasaki, Y. u. Takahashi, Sh., Diagnostische Bedeutung der Trichophytinreaktion 70.
Kawashima, Einfluß strahlender Energie auf die Zirkulation 41.
Kazda, F., Spontangangrän an den unteren Extremitäten 354.
*Kaznelson, Paul s. Pick.
*Keck, A. u. Michalik, Über Tuberkelbazillenstamm aus der Lunge bei Boeckschem Sarkoid 429.
Kedroff, Atrophia maculosa und Anetodermia erythematosa cutis nach Primäraffekt 34.
Kedrow, S., Lupus erythematodes disseminatus 809.
Keilmann, K., Sklerodermie im Säuglingsalter; zur Arbeit Kneschke, Bd. 146 748.
Keim, H. L., Universelle Hautleukämie 390.
— — — u. Kahn, R. L., Kahnsche Reaktion 391.
Keller, Ph., Asthma und Ekzem 751.
— R. s. Gicklhorn.
— Ph., Erythemdosimeter für ultraviolette Strahlen 74.
Kelley, E. R. u. Pfeiffer, A., Sondereinrichtungen in Massachusetts zur Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten 638.
Kemp, J. E. s. Chesney.
Kenedy, D., Syphilitische Reinfektion 345.
Kessler, S., Tabes und Mesaortitis luica 500.
Kielleuthner, L., Prostatahypertrophie 843.
Kiely, Ch. I. s. Smith.
*Kieß, Oskar, Zur Kenntnis des Syringoms 1.
— O., Krysolganbehandlung des Lupus erythematodes 732.

Digitized by Google

Kilduffe, R. A., Behandlung der Blennorrhoe 884.
— — — Graphische Darstellung der Erfolge der Luesbehandlung 144.
— — — Haltbarkeit von getrocknetem Rinderherzmuskelpulver 391.
— — — Natürliches Hämolysin gegen Hammelblut; Kolmersche Reaktion 392.
Kingery, L. B. u. Thienes, C. H., Paronychie und Dermatitis durch Pilze 810.
Kirch, A., Akute Leberatrophie und Dermatitis nach Salvarsan 149.
Kirschenblatt, D., Fall von exsudativer, polymorpher Dermatose 788.
— — u. Nasarjanz, B., Eigenblut bei Infektionskrankheiten 464.
Kirschner, L. u. van Loon, Malariabehandlung bei Paralyse in den Tropen 566.
*Kiseitschenko, L., Cutren und Neo-Cutren 55.
Kiss, J., Luesreaktionen mit bekannten chemischen Reagentien 854.
Kitahara, Y., Haarwuchsmittel „Genkwa" 452.
Kitigawa, M., Skabies der Kaninchen, Meerschweinchen und Menschen 784.
Klaar, J. u. Rosner, R., Lichen-ruberartige Salvarsanexantheme und Psoriasis vulgaris nach Salvarsandermatitis 342.
Klaften, E., Diagnose, Prophylaxe, Therapie der kongenitalen Syphilis 850.
— — Syphilisnachweis an Gebäranstalten 854.
Kleeberg, Bowensche Dermatose 715.
Kleesattel, H., Röntgenempfindlichkeit des Strahlenpilzes 42.
Klindert, K., Reargon bei Gonorrhoe 191.
Klirikow s. Sutejeff.
Klopstock, A. s. Sachs.
— F., Chemotherapie bei Meerschweinchentuberkulose 494.
— — Serum-Farbstoffphänomene 666.
— — Wesen des Komplements 668.
Klotschkow, Fixes Exanthem nach salizylsaurem Natrium 489.
Klöve, H., Filzläuse auf dem behaarten Kopfe 462.
Knebel, R., Empfindungslosigkeit für Wehen bei Lues 499.
Kneringer u. Louros, Mißbildung der Müllerschen Gänge bei Hermaphroditismus femininus externus 886.
Knipping, H. W., Tropisches Lichtklima, Analyse und Bedeutung 314.
Knossew, Morbus Recklinghausen 659.
Knowles, F. C. s. Corson.
— — — u. Hartdrant, Chronisches, juckendes, papulöses Exanthem der Achselhöhlen und Schamgegend 308.
*Koehler, Georg-Dietrich, Unterminierte Narbenbildung am Kopf nach chronischer Eiterung 170.
Kogan, Prostatahypertrophie und Radium 808.
Kogoj, F., Atrophodermien und Sklerodermien 454.
Kohane, R. s. Mras.
Kohl, F. s. Odenthal.
Köhler, G. D., Reargonbehandlung 885.
— O. s. Bessau.
Koizumi, T., Wirkung des Krysolgans auf den Tuberkelbazillus 494.
Kok, Fr., Röntgenstrahlenwirkung auf normale und Karzinommäuse 41.
— — Wirkung der Bestrahlung auf das Karzinom 318.
Kokoris, D., Punktion der Harnblase 194.
Koll, Irvin S., Syphilis der Harnblase 627.
Kolle, W., Chemotherapeutische Studien über Wismut 150.
— — Heilung experimenteller Kaninchensyphilis 537.
Köndgen, F. u. Meissner, K., Neues Prinzip in der Chemotherapie der Syphilis 565.
König, F., Chirurgische Behandlung pyogener Infektionen im Nierengebiet 843.
*— L., Behandlung des Lupus vulgaris mit Angiolymphe 432.
— W., Behandlung von Tuberkulose der Mundschleimhaut mit Schleimhautsalben 108.
Königstein, H., Amyloidose der Haut 903.
— — Entzündung und Nervensystem 671.
— Xanthom der Brusthaut bei Ikterus und Leberzirrhose 661.
Kopaczewski, W., Oberflächenspannung und Krebsproblem 756.
Korach, S., Viszerale Lues und Leberfieber 497.
Körbler, G., Wirkung des Serums eines Krebskranken auf das Gewebe im Explantat 427.
Korkhoff, J., Magen- und Darmsyphilis, Diagnose 489.
Koshewnikow, P., Elephantiasis syphilitica 819.
Kossler, L. u. Perutz, A., Liquor Cadini detergens 277.
Kourilsky s. Hudelo.
Kosuma, T., Muxatas Serodiagnose der Syphilis 71.
Kozuma, T., Basalzellenkrebs 71.
Kowarschik, J., Diathermie 312.
Kowarski u. Jakubowitsch, Quantitative Bestimmung stark positiver Sera 33.

Digitized by Google

*Krantz, Walther, Versilberung der Spirochaeta pallida im Gewebe 323.
— W., Darstellung der Spirochaeta pallida in Schnittpräparaten 531.
Kraus, E. J., Pathogenese der Dystrophia adiposo-genitalis 79.
— — — Pathogenese der diffusen Sklerodermie; Pathologie des Epithelkörperchens 731.
— — — — — Dystrophia adiposo-genitalis 731.
— W. M., Sektionsbefunde des Rückenmarks bei Pemphigus 307.
Kren, Pityriasis lichenoides 178.
— Poikilodermia 181.
— O. s. Arzt.
Kress, L. C., Röntgenbestrahlungen bei Uteruskrebs und gonorrhoischer Salpingitis 599.
Kretschmer, H. L., Ausbildungsgang des Urologen 639.
Kreutzer, F., Lupus erythematodes und verhornender Plattenepithelkrebs 31.
Krief, J. s. Vallery.
Kriser, A., Beseitigung von Teleangiektasien nach Röntgenbehandlung mit der Wirzschen Methode 352.
Kritzmann s. Edelmann.
Kroetz, Ch., Physikalisch-chemische Änderungen der Blutzusammensetzung unter Röntgeneinwirkung 694.
Krom, Arbeit des Smolensker venerologischen Dispanser 878.
Kromayer, E., Spirozidexantheme 860.
Krompecher, E., Polycystoma mammae und dessen Beziehungen zu den Geschwülsten 83.
Krone, F. u. Mc Caw, Indikanurie in der Dermatologie 305.
Kronfeld, Heilwert, Grenzen und Methoden der Psychotherapie in der Dermatologie und Urologie 721.
*Kropp, Emil, Auto- oder Frischvakzine bei Gonorrhoe 298.
Krösl, H., Reizlose Gonorrhoebehandlung durch Novokain-Adrenalinzusatz 191.
*Krösl, Hans, Syphilitische Neuansteckung nach Northovan-Spirocidabortivkur 873.
— H., Versuche und Erfahrungen mit Stovarsol und Spirozid 539.
Krotkina, N., Einfluß von Gravidität und Laktation auf die durch Teerpinselungen erzeugten Epithelwucherungen am Kaninchenohr 757.
Krüger, Gewerbeekzeme 135.
— Morbus Recklinghausen 135.
— Pemphigus vulgaris 138.
— Sclerosis in Monte veneris bei einem seborrhoischen Ekzem 138.
Krüger, Ulzeröse Lues 138.
— E. s. Glass.
Kruglak s. Rosenthal.
Krulle, Bismogenol in der Sprechstundenpraxis 564.
Krupnikoff, Parapsoriasis 33.
Krzystalowicz, F., Ursachen der Hautkrankheiten und deren Einteilung auf ätiologischer Grundlage 908.
Kuhn, F., Hämorrhagische Behandlung des Furunkels 397.
— G., Versuche mit Reargon 192.
— Ph. s. Uhlenhuth.
Kulenkampf, D., Über die sogenannte Prostatahypertrophie 629.
Kumer, Eigenartige Pigmentation 665.
— Eigenartiges Leukoderma universale 664.
— Erythema multiforme 178.
— Lupus miliaris disseminatus 224.
— — vulgaris disseminatus 140.
— Morphaea 134.
— Parapsoriasis 181.
— Sklerodermie en plaques 223.
— — und Sklerodaktylie 659.
— L., Soormykose in der Axilla 904.
— Strichförmiger Nävus 137.
— L., Therapie der Psoriasis 396.
— — s. Arzt.
Kümmell, H., Operative Heilung der insuffizienten Niere vor Nephrektomie der andern 184.
Kundratitz, K., Andriol in der Kinderpraxis 276.
— — Rekonvaleszentenserum bei Masern 103.
Kurz, H., Pathologische Anatomie der Syphilis congenita der Lymphdrüsen 110.
Küttner, H., Spontaner Untergang des gesunden Hodens 630.
Kuttner, L., Diagnose und Behandlung der Hämorrhoiden 232.
Kutzinski, A., Paralysebehandlung 882.
— — Schwinden eines schweren hysterischen Symptomenkomplexes nach Kastration 232.
Kutznitzky, E., Gefilterte oder ungefilterte Röntgenbestrahlung in der Oberflächentherapie? 352.
Kyrle, J., Malariabehandlung der Syphilis 567.
— L., Derzeitiger Stand der Lehre von der Pathologie und Therapie der Syphilis 228.

Labhardt, A., Menstruationsgift 236.
Labouchère, A. s. Bloch.
Lacassagne, J. u. Pigeaud, Experimentelle Übertragungen venerischer Krankheiten auf Ärzte 389.

Digitized by Google

Lafay, L., Zum Protokoll der Sitzung vom 12. VI. 24 557.
Laignel-Lavastine u. Dauptin, Recklinghausen. Spina bifida occulta und Melanodermie bei der Nachkommenschaft 421.
Lagrange, E., Reaktion des Hodenhormones 634.
Lamprecht, H., Erfahrungen mit Reargon 192.
— Sklerose am Mundwinkel 175.
*Landt, F., Wismutbehandlung der Gonorrhoe 515.
Langer, Erich, Erythrodermie bei tuberkulöser Lymphdrüsenerkrankung 717.
— — Gummöse Zerstörung des Penis 717.
— E., Therapieresistente Lues 109.
— — Samenblasen-Blasenfistel 303.
— Erich, Ulcus phagaedaenicum 717.
— E. u. Peiser, B., Neuere kolloidale Silberpräparate 600.
— Erich u. Wassmund, Zahnveränderungen bei kongenitaler Lues 301.
— — — — M., Zahnveränderungen bei kongenitaler Lues 851.
— H., Schutzimpfung mit abgetöteten Tuberkelbazillen 491.
Lanzi, G., Behandlung der Hypertrichose des Weibes mit Diathermokoagulation 523.
Lanzillotta, R., Latente Nierensteine 226.
Laporte s. Hudelo
Lapyschoff, Bekämpfung der Syphilis in der Burjato-Mongolischen Republik 878.
Laqueur, A. u. Wiener, Allgemeinwirkungen von Schleimhautbestrahlungen mit ultraviolettem Licht 699.
Lascownicki, St., Einklemmung der Blase im Schenkelring 262.
Lauda, Terpentinölinjektionen bei Hautkrankheiten und Tripperkomplikationen 489.
Lauda, E. s. Luger.
Laurent, Marthe s. Drouet.
Laurentier, Ch. s. Audry.
Lavandera, M., Blennorrhoische Arthritis mit Eiter in der Gelenkhöhle 598.
— — Merkurochrom bei Blennorrhoe 885.
De Lavergne, V. u. Bize, R., Purpura exanthematica et colloidoclastica 354.
Läwen, A., Abriegelnde Eigenblutinfiltration mit nachfolgender Inzision bei pyogenen Prozessen 397.
Lazard, P. s. Dufestel.
Leddy, E. T. u. Weatherwax, J. L., Erythem als Dosimetereinheit in der Röntgentiefentherapie 695.
Leder, G., Erfahrungen mit Bismophan 565.
Ledermann, Reinhold, Kritische Bemerkungen über die moderne Syphilisbehandlung 625.
Legrain s. Lortat-Jacob.
Lehner, E., Hautkrankheiten und Anaphylaxie 345.
— — Pathogenese des Herpes zoster 788.
— — u. Radnai, E., Behandlung der Syphilis mit Bismutpräparaten; Bismodin 346.
— — — — — — Behandlung der Syphilis mit Wismutpräparaten; Neotrepol 347.
— — — — — Behandlung der Syphilis mit Wismutpräparaten; Bismosalvan 347.
— — — Rajka, E., Überempfindlichkeit bei Hautentzündungen 271.
Lehnhoff, Aktivierung der Arsenobenzole durch Metalle und Ablauf der kombinierten Behandlung 32.
Lehotzky-Semmelweis, K., Fremdkörper in der Blase 889.
Leiner, C., Exantheme und Erytheme im Kindesalter 763.
— C., Hautkrankheiten und Infektionen des Kindesalters 268.
— — Kuhpockenlymphe sub- und intrakutan 105.
— — Über kongenitale Lues 529, 536.
*Leissner, O. s. Buschke.
Leites, Isolierte, gonorrhoische Erkrankung eines paraurethralen Ganges 34.
*Lejeune, Fritz, Francisco Diaz, der erste Urologe 516.
Lejeune, F., Frühgeschichte der Bougiebehandlung 601.
Lempert-Teleia, A., „Dermaforine" in der venerischen Praxis 346.
Lenz, F., Erblichkeit der Muttermäler 420.
Lenzmann, Intravenöse Anwendung öliger Substanzen 277.
Leonard, V., Desinfektion der Harnwege mittels oraler Verabreichung von Resorzinolderivaten 889.
Leredde, E., Diagnostik der hereditären Lues und Blutbefund 529.
— Innerliche Darreichung von Phenylarsinsäure 558.
— Salvarsan, innerlich; zu Mitteilung von Cl. Simon 416.
— Sterilisierung der frischen Syphilis und Untersuchung des Liquor 416.
— Untersuchung der Lumbalflüssigkeit bei frischer Syphilis 623.
— Zeitpunkt der Lumbalpunktion 557.
Léri, A., Spina bifida und ihre Folgen 269.
— — u. Cottenot, Syphilis der Tabula interna 558.

Digitized by Google

Léri, André u. Linossier, Kongenitalsyphilitische Affektion der Tabula interna bei Achondroplasie 558.
Lerner, D. s. Beniasch.
Leroux s. Marion.
*Lesser, Fritz, A. v. Wassermann †.
Levaditi, C., Vorbeugung und Behandlung der Syphilis durch innerliche Medikation 558.
— — u. Nicolau, S., Neurovakzine 792.
— — — — Salgue, J. u. Schoen, R., Wirkungsweise des Wismuts 880.
Lévai, M., Urtikariafälle 725.
Leven, L., Erblichkeit des Papillarliniensystems und Erbgleichheit der Eineier 640.
*— Leonhard, Friedreichsche Ataxie und Haaranomalie 541.
— L., Methodologische Bedeutung der Zwillingspathologie 640.
— Über Krysolganbehandlung 690.
— Zwillingsforschung und Nävusätiologie 732.
Levenson, Akrodermatitis chronica atrophicans mit Sklerodermie 225.
*Levin, Ernst, Gustav Behrend † 806.
— E., Prophylaxe der kongenitalen Syphilis 530.
— O. L. s. Schwartz.
Lévy, Georges, Bowensche Krankheit 593.
— — s. Diss.
— G. s. Pautrier.
— M., Blutregeneration durch ultraviolettes Licht 75.
— R., Eingriffe wegen Steinen der Harnwege 226.
— — u. Falci, E., Phenolsulfophthaleinprobe bei doppelseitiger Nierentuberkulose 808.
— u. Gerbay, Balanitis ulcerosa 388.
— R. u. Négro, M., Amyloide Degeneration der Nieren 261.
Lévy-Franckel, A., Für Hautkrankheiten geeignete französische Mineralwässer 40.
— u. Juster, Keratodermia palmaris congenitalis 74.
— — — Organotherapie bei Hautkrankheiten 37.
Levyn, Lester, Notwendigkeit der Untersuchung des Harn-Genitaltraktes bei Röntgenuntersuchung des Magen-Darmkanals 69.
Lewin, A., Fortschritte in den urologischen Untersuchungsmethoden 842.
— Kryptogenetische Entzündung der männlichen Harn- und Geschlechtsorgane 183.
— Urologische Untersuchungsmethoden 602.
Lewis, B., Lokalanästhesie der Harnröhre 604.
*Lewith, R. s. Kartamischew.
Lex, Alexander 792.
Leyberg, J. u. Starzynski, A., Komplikationen im Nervensystem und Liquor bei frischer Lues 186.
v. Lichtenberg, Über „Hydronephrose" 183.
Lichtenstern, R., Überpflanzung der männlichen Keimdrüse 189.
v. Liebenstein, Röntgen-Ganzbestrahlung 44.
Lieber, D., Physikalisch-chemische Wirkungen der Röntgenstrahlen 694.
— — Wirkung der Röntgenstrahlen, bes. auf Karzinome 318.
Liebermann, T., Sulfosalizylsäure in der Dermatologie 691.
Liebner, E., Urtikaria-Prurigo bei Leukämie 725.
Lieschied, A., Potenzfrage nach der Völckerschen Methode der Prostatektomie 629.
Liesegang, R. E., Bindegewebsversilberung nach Bielschowsky 263.
Limousin, H., Überimpfung der Lepra auf das Kaninchen 106.
Zur Linden, W., MTR 148.
Lindsay, H. C. K., Neoarsphenamin bei Warzen 308.
Ling, W. P., Primäraffekt der Augenlidschleimhaut 495.
v. Linhardt, Fibroadenomatose der Mamma 421.
Linossier s. Leri.
Linser, Varizen, Behandlung 700.
— K., Intravenöse Injektionen bei Varizen 354.
Lipkin, J., Behandlung der Syphilis mit salizylsaurem Wismut 489.
Lippitz, O., Zur extragenitalen Luesinfektion 818.
Lipschütz, A., Antagonismus der Geschlechtsdrüsen 601.
— Al., Zwitterbildung beim Meerschweinchen 887.
— Benjamin 820.
— B., Ätiologie und Architektonik der Warze 754.
— — „Herpetischer Zoster", Kerneinschluß oder Kerndegeneration? 726.
— — Verhalten des Hautorgans geteerter Mäuse 426.
Lipskerow s. Grshebin.
— u. Minsker, Syphilitische Reinfektion 877.
Lißmann, Neue Impotenzbehandlung 231.
Lissner, L., Steinbildung bei Reargonbehandlung 600.

Digitized by Google

Little, C., Chinesische Lackdermatitis 41.
Livermore, G. R., Pathologie der hinteren Harnröhre 888.
Löhe, Pustula maligna 717.
Loeper u. Turpin, R., Syphilitische Magenverengerung durch spezifische Behandlung geheilt 497.
Loewenthal, M., Pyramidon bei Masern 104.
Loevenhart, A. S. s. Lorenz.
Lomholt, S. s. Christiansen.
van Loon, H. F. s. Kirschner.
Loos, Masern zweimal 463.
Lopatin, Hämorrhagische Diathese und Erythema nodosum 225.
Lorentz, F. H., Säurezusatz zu Gonokokkennährböden 883.
Lorewz, W. F., Loevenhart, A. S., Reitz, F. u. Eck Madison, C. P., Tryparsamid bei Neurosyphilis 540.
Lörinczi, A., Behandlung der Lymphadenitis chancrosa mit Phlogetan 597.
Lorraine, N. S. R., Anaphylaxie nach Diphtherieantitoxin 266.
Lortat-Jacob, L., Variola und Alastrim 789.
— Legrain u. Cottenot, Multiple Osteosarkome des Schädels und des Kiefers, durch Röntgenbehandlung geheilt 624.
— u. Bréger, Pityriasis rubra pilaris 558.
— u. Hage, A., Arsenpigmentierung bei Tabiker im Gebiet des Sympathikus und der Rückenmarksnervenwurzeln 557.
— u. Legrain, Parapsoriasis en gouttes mit Leukomelanodermie 73.
— — — Syphilimetrie 148.
— L. u. Legrain, Wismut und Nervensyphilis 565.
Lossen, H. s. Groedel.
Louet, L. s. Louste.
Louros s. Kneringer.
Louste, Belot u. Baranger, Lupus-Epitheliom, nach Tiefenbestrahlungen geheilt 73.
— Caillau u. Darquier, Erythromelie 415.
— — — — Tuberkulöser Schanker im Sulcus coronarius 624.
— Dupuy-Dutemps, Thibaut u. Louet, Pemphigus der Konjunktiva 557.
— Lévy-Franckel u. Thibaut, Fall zur Diagnose 557.
— — — — Pityriasis rubra pilaris mit Dysthyreoidie 415.
— A., Louet, L. u. Darquier, J., Hypertrophische Tuberkulose der Wange, Orientbeule vortäuschend 558.
Louste, Thibaut u. Baranger, Symmetrischer Lupus miliaris 73.
— A. u. Louet, Kongenitale Knochensyphilis am Schädel 415.
— — — Sekundäre hypertrophische Syphilis der Konjunktiva des linken unteren Augenlides 624.
Lovejoy, E. D. u. Hammack, R. W., Madurafuß 560.
Löwenfeld, Acrodermatitis atrophicans 136.
— Acrodermatitis atrophicans und Tuberkulin 221.
— Atherom 219.
— Carcinoma vulvae 219.
— Disseminierte Lupusherde 138.
— Ekzematös-urtikarielle Sensibilisierung gegen Jothion 132.
— Leukoderma nach seborrhoischem Ekzem 138.
— Leukoderma nach Sonnenbestrahlung eines seborrh. Ekzems 132.
— Lichen planus 178.
— Naevus anaemicus Vörner 176.
— W. s. Nobl.
Löwenstein, E., Tuberkulin in Salbenform für Diagnostik 106.
— R., Behandlung des Erysipels 398.
Lubinski, H. s. Biberstein.
Lubinsky s. Melchior.
Lucri, T., Hydronephrosis calculosa 807.
Luger, A., Viszerale Lues, Diagnose 820.
— — u. Lauda, E., „Herpetischer Zoster", Kerneinschluß oder Kerndegeneration? 726.
— — — — Ungelöste Probleme und aktuelle Fragen über Herpes 725.
— — u. Weis, W., Karzinomdiagnose mit der Meiostagminreaktion 82.
Luithlen, F., Dermatotherapie, neue Wege 274.
— Fall zur Diagnose 658.
Lumière, Anaphylaktischer Chok, Mechanismus 266.
Lurz s. Asal.
Lusena, M. s. Schloßberger.
Lyman, R. S. s. Moore.

Mc Bride s. Dennie.
Mc Caskey, D., Einfluß des ultravioletten Lichtes auf die Chemie des Blutes 698.
Mac Caw, I. H. s. Krone.
Mac Cormac, H., Karzinomatöse und vorkarzinomatöse Prozesse der Haut 417.
— — Lupus erythematodes und Arthritis, Kochsalzeinspritzungen 453.
Mc Donagh, Diabetisches Xanthom mit Schwefelderivat von Histidin behandelt 488.
— J. E. R., Porlymphadenitis oder Lymphogranulomatosis inguinalis 787.

Digitized by Google

McDonagh, J. E. R., Xanthoma diabeticorum behandelt mit Schwefelverbindung 453.
McFarland, A. R., Wirkung der Syphilisbehandlung auf die Niere 536.
McGrath, W. M., Malariabehandlung bei Paralyse 567.
McGregor, J. A. s. Williams.
MacKee, G. M. u. Andrews, G. C., Kongenitaler ektodermaler Defekt 391.
McKenzie, A., Luetische Infektion eines an Framboesia tropica Erkrankten 730.
— D. W. u. Seng, M. I., Verkalkung der Prostata 608.
MacLaurin, Anne Boleyn 69.
MacLeod, J. M. H., Hautkrankheiten 489.
— — — — Lymphadenoma mit Hauterscheinungen 812.
— — — — u. Wigley, J. E. M., Lymphatische Leukämie mit Erythrodermie 453.
— — — — — — — — — — Periartikuläre Fibrome der Haut 787.
MacNeal, W. J. s. Baylis.
McNeill, W. H., Blutungen aus Prostata und Harnröhre 604.
McVail, J. C., Variola und Impfung auf den Philippinen 465.
McWilliams, C. A., Vier Arten von Hauttransplantation u. verbesserte Behandlung von Skalpierten 359.
Maderna, Candido, Balanopräputiale Leukoplakie 888.
Maerz, Fr., Salvarsanschädigungen 562.
Makaroff, W., Akute gelbe Leberatrophie 809.
Mammot, Prophylaxe der Blennorrhoe in den Kinderheimen 487.
Mandl, F. u. Stöhr, F., Mäusekrebsversuche 757.
Mans, Epithelfasersystem der Hornhaut 666.
Manteufel, P., Abänderung der amtlichen Anleitung zur WR 531.
Mapes, Ch. C., „Ererbte" Syphilis, veralteter Begriff 484.
— — — Harnröhrensteine 69.
Marceron s. Milian.
Marcinowski, Der nervöse Mensch 880.
Marcus, H., Dermatitiden durch Radiohörer 280.
Marcuse, M., Bettnässen als sexualneurotisches Symptom 907.
— — Die Demi-vierge 635.
Margolin, L., Vegetatives Nervensystem der Karzinomkranken 671.
Mariani, G. 152.
— — Autochthone Leishmaniosis in Cagliari 522.
— — Proteinkörpertoxikose 449.
Marinescu, G., Seltene Fremdkörper in der Balse 807.
Marion, G., Vorsichtsmaßregeln bei Nephrektomie bei Nierentuberkulose 809.
— — u. Leroux, Plasmom der Blase 261.
Marjassin s. Aristow.
Markert, Ausgedehnte, oberflächliche Trichophytie 383.
— Syringom 380.
— Talgdrüsenhyperplasie 380.
Markovits, E., Schmerzstillende Wirkungen der Röntgenstrahlen 696.
Marsella, A., Uretermündungsdivertikel 632.
Martenstein, H., Biologische Wirkung der ultravioletten Strahlen 314.
— — Chloramin-Heyden bei Hauttuberkulose 492.
Martin, Alfred, Amerikanischer Ursprung der Syphilis 185.
— H., Vergleichende Untersuchungen zwischen MTR, WR, SGR 856.
— Ch. L. u. Rogers, F. T., Röntgenstrahlenkachexie 43.
Martinotti, L., Oberflächliche Epitheliome der Haut 427.
— — Störungen im Verhornungsprozeß von Hautkrankheiten 448.
Martius, Heinrich, Bohnenversuche an Röntgenstrahlen; Abhängigkeit der Dosis von der Intensität; Messung der prozentualen Tiefendosis 42.
— H. s. Grebe.
Masataka, Murata, Einfache serologische Methode 70.
Masson, P. s. Barré.
Matoni, H., Ernährung der Horngebilde durch Humagsolan 459.
— — Röntgenstrahlen, biologische Wirkung, Intensität 317.
Matsubara, K. u. Tsuyuki, K., Lokalisation der Ligulae in den Kaninchen und Hühnern 306.
Matsunaga, T., „Safu", eine symmetrische vitiliginöse Veränderung bei den Bewohnern der Insel Truk in der Südsee 874.
Matuschka, J., Mirion-Neosalvarsanbehandlung 567.
Maximčera, L., Ätiologie der chronischen Ekzeme 145.
May, J., WR im Serum harter Schanker 67.
Mayer, A., Sexualpolitik bei verschiedenen Nationen 636.
Mayr, J. K., Kolloidale Reaktionen, Verschiebungen im Blutbild 272.
— — — Studien über Haarfarbe 459.
— — — u. Hofstadt, Hitzekoagulationspunkt im Blutserum 273.

Digitized by Google

Mazume, S. u. Miyao, S., Untersuchungen an giftigen Nachtfaltern 71.
Meineri, P. A., Behandlung mit Eigendarmvakzine bei Dermatitis herpetiformis pustulosa et vegetans 449.
Meinicke, Ernst, Mikro-MTR 855.
*— — — 899.
— E., MTR, Sol-Lösung, haltbare Extrakt-Kochsalzmischung 533.
— Neuere Ergebnisse der Serodiagnostik der Syphilis 377.
— E., Über Seruminaktivierung 533.
*Meirowsky, Ätiologie und Pathologie der erblichen Mißbildungen der Haut 249.
— Ursachen der Muttermäler 400.
Meisel, A., Gleichzeitige Erkrankung der Haut an Syphilis und Tuberkulose 347.
Meissner, K. s. Köndgen.
Melchior u. Lubinsky u. Grossmann, Bakteriologie der eiternden Wunde 77.
Memmesheimer, A., Bedeutung der Ätiologie für die Behandlung des Ekzems 395.
— — H-Ionenkonzentration der Hautoberfläche 234.
Ménard, M. u. Foubert, Behandlung von Fisteln mit ultravioletten Strahlen 74.
Mendělejeva, P., Einfluß der Kalziumione und anderer auf das Wachstum von Geweben in vitro 144.
Mense, K., Handbuch der Tropenkrankheiten 846.
Mentschikow, Günstige Beeinflussung von Mykosis fungoides durch Röntgenstrahlen 310.
— Mykosis fungoides d'emblée behandelt mit X-Strahlen 592.
*Menz, Giovannina s. de Stefani.
*Merdler, Konrad s. Perutz.
Mergelsberg, O., Über Reargon 885.
Merklen, Pr., Pautrier, L. M. u. Wolf, M., Salvarsantod mit Ikterus, exfoliierender Erythrodermie u. Riesenpurpura 27.
— — Wolf, M. u. Valette, A., Sklerodermie mit Kalkablagerungen 29.
Merrill, A., Magensyphilis 820.
Mertens, G., Die „ideale" Prostatektomie 630.
— V. E., Aktive Imunisierung gegen Sarkom 456.
— — — Entstehung von Teerkrebs an Mäusen 756.
Měska, Adolf 152.
— A. u. Fabian, Ichtoxyl 454.
Mestschersky, G. 236.
— — J. 400.
— — Arsolinjektionen 485.
Mestschersky, Behandlung der Syphilis in Kurorten 537.
— Leucoderma arteficiale — Leucoderma solare 33.
— Prognose des männlichen Trippers 489.
Mesterhazy, B., Kongenitale Verwachsung des Präputiums 887.
Mészöly, P., Röntgenbehandlung der Pernionen 724.
Metalnikow, M. S., Vererbbarkeit erworbener Immunität 267.
Metchell, J. H., Pinselhaar 561.
Metzger s. Pautrier.
Meyer, A. s. Autenrieth.
— F. G., Varizenbehandlung mit Linserschen Sublimatinjektionen 700.
— — M., Erfahrungen mit Olobinthin 39.
Meyer, Hans 468.
— Monroe A., Psychische Reaktionen auf Geschlechtskrankheiten 233.
— P. s. Blumenthal.
— P., Lipome der Mamma 421.
— P. S. s. Amster.
— W. B., Yohimbinvergiftung 691.
Meyerhoff, E. s. Griesbach.
Mibelli, A., Lichen sclerosus 522.
— — — u. Spinulosismus 523.
*Michalik s. Keck.
Michel, L. u. Goodmann, Unterstützende Behandlung der Syphilis 144.
Michelson, H. E., Gummöses Skrofuloderm 390.
— — W., Lippenfissur 148.
Michon s. Drouet.
— s. Spillmann.
Miescher, G., Wachstumsfördernde Wirkungen nach Radiumbestrahlungen an pathogenen Hyphomyzeten 761.
Miessner, H. u. Baars, G., D'Herellesches Phänomen an Rotlaufbakterien 268.
Milian, Leistendrüsenabszeß, tertiäre Syphilis 417.
— G., Nebenwirkungen der Arsenobenzole 524.
— — Rezidivierender Herpes und seine infektiöse Natur 27.
— Périn u. Solento, Lymphadenom des Penis 558.
— u. Marceron, Multiple disseminierte Abszesse des Unterhautbindegewebes, als Sporotrichose behandelt, Meerschweinchenimpfung, Nachweis der Tuberkulose 417.
— — Périn, Acne papulosa miliaris 625.
— — — Atrophierende purpuraartige Syphilide 417.
— — — Xantho-Erythrodermie mit Hyperkeratose 417.
— — Solente, Lymphadenoma inguinale
— — Solente, Lymphadnoma inguinale 415.

Digitized by Google

Miller, H. s. Morrow.
Milward, F. W. s. Pomeroy.
Minsker s. Lipskerow.
Misumi, S., Pfeifenförmiger Blasenstein 71.
Mittermaier, R., Phagozytose und Zellimmunität 267.
Miyake, I., Perspiratio insensibilis bei einigen Dermatosen 70.
Miyao, S. s. Mazume.
Mockovits, J., Gonorrhoe des Mundes 884.
Moetsch, J. s. Raiziss.
Monacelli, M., Arteriosklerotische Hautveränderungen 524.
Moncorps, C., Genese des Oberhautpigments 399, 748.
Montague, J. F., Analpruritus, klinische Wichtigkeit 906.
Montgomery, D. W., Krätzemilbe und ihr Schlupfwinkel 308.
— — — Syphilitische Nekrose des Stirnbeins, später Karzinom 496.
— — — u. Culver, G. D., Erhaltung des normalen Gewebes nach der Behandlung mit Radium 698.
— — u. Culver, G. D., Spätsyphilitische Ulzerationen am Unterschenkel 386.
— — W. u. Culver, G. D., Warze des Nagelbettes 307.
Montpellier, J., Epidemie von Lichen planus Wilson 625.
— — s. Raynaud.
Moog, O., Bedeutung der Haut für Wasserabgabe 234.
Mook, W. H., Keloid der Zunge 147.
Moore, J. E. s. Woods.
— — — Robinson, H. M. u. Lyman, R. S., Tryparsamidbehandlung der Syphilis 539.
de Moraes, J. A., Einwirkung von Bismogenol und Spirobismol auf die Spirochaeta pallida; Bismutnachweis im Urin 152.
Moral, H. u. Sarbadhikary, S., Tuberkulinreaktion, Antigen-Antikörperreaktion 467.
Morawitz, P., Therapeutische Erfahrungen bei Infekten der Harnwege 843.
Morgan, J. A., Rattenbißfieber 78.
— — D. s. Clark.
Morgenroth, J., Bedeutung der Variabilität der Mikroorganismen für die Therapie 264.
Morgenstern, S., Spermiophagie 230.
Morita, T., Induratio penis plastica 71.
Morrow, H. u. Miller, Tuberkulose der Zunge 760.
Moschkowsky, Sch., Einwirkung von Germanin („Bayer 205") auf Leishmanien 729.
Moskovitz, J., Pathologische Bedeutung des Schleimhautpemphigus 729.
Mosse, K., Behandlung des neurogenen Ekzems mit Höhensonne 728.
Mougolle s. Spillmann.
Mouradian, Schlechte Wirkung des Arsenobenzols auf die Tuberkulose 72.
Moure, P., Wiederherstellung der Oberlippe 74.
Mouton-Chapat, Kohlensäureschneebehandlung eines Lymphangioms und Naevus vascularis 594.
Mouzon, J., Exanthema subitum 464.
— — Scharlach, Streptokokkus 463.
Mraček, Jesionek u. Mulzer, Atlas und Grundriß der Hautkrankheiten 35.
Mras, F., Klinik der intravenösen Wismutbehandlung 152.
— Lichen scrophulosorum 658.
— Spirochäten-Resistenz gegen Wismut 658.
— John, M. s. Thomas.
— F. u. Kohane, R., Dosierungsfrage der Wismutpräparate 880.
Mucci, A., Ichthyosis vulgaris bei Erbsyphilis 450.
*Mühlpfordt, Herbert, Ekzem der Bäcker 708.
— H., Isolierte Gonorrhoe eines paraurethralen Ganges 598.
*— — Schnellfärbung der Spirochaeta pallida mit Viktoriablau 4 R 371.
— — Therapie des Erysipeloids 397.
*— — Wirkung des Salvarsans auf die Syphilisspirochäte 837.
Mühsam, R., Hämorrhoiden, operative Behandlung 232.
Muir, E., Prädisponierende Ursachen der Lepra 813.
Muller s. Borrel.
Müller, E. E. s. Rosen.
— E. F., Haut als immunisierendes Organ; Bedeutung für die Insulinwirkung 265.
— — — Leukozytensturz, Leukozytenanreicherung in der Leber 273.
— — — u. Myers, C. N., Wirkung von Arsen- und Salvarsanpräparaten auf das vegetative Nervensystem 858.
— Julius 84.
— W. G., Intrakutaninjektionen u. Folgeerscheinungen 273.
Mulzer s. Mraček.
— P., Neuere Syphilistherapie 351.
Munro, W. T., Hereditäre Syphilis und Tuberkulose 851.
Münzer, F. Th. u. Singer, E., Einfluß der Malariabehandlung auf Serum und Liquor von Paralytikern 882.
Muratowa, K. s. Hartoch.
Murphy, J. B., Röntgenwirkung 317.

Digitized by Google

Mutermilch, S., Standardisation der Serodiagnostik und Völkerbund 112.
Myers, C. N. s. Cornwall.
— — — s. Fordyce.
— — — s. Müller.
— — — s. Rosen.
— — — u. Corbitt, H. B., Giftigkeit und Wirksamkeit der Wismutsalze 144.
— — — — — — — — Retention und Elimination des Silbers bei Silbersalvarsantherapie 385.
Myll, N. A., Sonnenbehandlung der Urogenitaltuberkulose 602.

*Nadel, A., Selbstbeschädigung durch Paraffininjektion 543.
Nagel, V., Lokales embolisches Bismogenolexanthem, s. Archiv, Bd. 147, Freudenthal 749.
— Reargon, ein Fortschritt bei Gonorrhoe? 192.
— Therapeutische Wirkung des Bismogenols 564.
Nagy, A., Röntgenbehandlung der Nasenekzeme 728.
— G., Zuckergehalt des Blutes bei Haut- und Geschlechtskrankheiten 669.
— T., Syphilis des Endometrium 849.
Nakamura, Über Zerebrospinalflüssigkeit der Dementia paralytica 784.
Nauta s. Chatellier.
Nasaojanz, B. s. Kirschenblatt.
Nash, W. G., Sclerema neonatorum 81.
Nasrytis, K., Spezifizität der Wundhormone 358.
Nathan, E., Spirobismolbehandlung der Frühsyphilis 565.
— — u. Herrmann, F., Bedeutung des Lezithins für die Wismutwirkung 384.
Natori, H., Berufsarten und Handschwielen, gerichtlich-medizinischer Standpunkt 559.
Neeken, C., Klinik der Lues congenita 529.
Negro, M., Pyelographie der Nierentuberkulose 451.
— — s. Lévy.
— — u. Blanc, Blasendivertikel, Klinik und Operation 261.
Nesmejanow, A. N. s. Rakusin.
Netoušek, Bedeutung der diastatischen Fähigkeit der Körperflüssigkeiten bei Ödem 146.
Neuber, E., Blastomycosis americana 763.
*— Eduard, In Ungarn vorkommende pathogene Pilze auf der Haut 861.
— E. u. Röhlich, L., Pathogenese und Therapie der Hautblastomykose 763.
Neubürger, K. u. Terplan, K., Experimentelle Lues der Kaninchenleber und -niere 853.
Neugebauer, Dermatitis herpetiformis 222.
Neumann, A., Wirkung der Röntgenstrahlen auf die Leukozyten in vitro 318.
— —, Wismutexantheme 145.
Nicolau, S., Roseola von ungewöhnlicher Form 388.
— — s. Levaditi.
— — u. Poincloux, P., Erhaltung der Charakteristika der Neurovakzine trotz Kultur auf menschlicher Haut 813.
Niedermeyer, A., Primärer Wundverschluß und Sehnennaht bei unreinen Wunden 358.
Niederwieser, V., Über MTR, Mikroreaktion 533.
Niedoba, Th., Haarstrich einiger Doppelmißbildungen des Rindes 640.
Nikolajew, N., Standardisierung der Hammelblutkörperchen-Aufschwemmung für WR 348.
Nikolsky, P. 236.
— — Cutis rhomboides hypertrophica cervicis 591.
Nikolski, Wismutbehandlung in der Landpraxis 563.
Nishiura, K., Einfluß der Röntgenbestrahlung auf hämolytisches Komplement 874.
Nishiwaki, K., Dupuytrensche Kontraktur 71.
Nissen, W., Histogenetische Studien an einem Hautkarzinom 83.
Noack, G. s. Isaac-Krieger.
Nobl, Angiokeratomähnliches Tuberkulid 136.
— G., Druckbehandlung der Ulcera cruris 76.
— Epitheliom 139.
— Erythema induratum 179.
— — — 221.
— — perstans gyratum 662.
— Fall zur Diagnose 139.
— Fersenkarzinom mit tuberöser Elefantiasis 136.
— Kleinfleckige Alopezie 132.
— Kombinierter Nävus der Lendengegend 137.
— Lichen spimilosus Devergie 659.
— Lues nasi 179.
— Lupus erythematodes mit Krysolgan behandelt 661.
— Lupus erythematodes 841.
— Lupus-pernioähnliche Läsionsform der Ohren 133.
— Multiformes Erythem 132.
— Seborrhoischer Ekzemplaque ähnelndes Epitheliom 139.
— Subkutane Armtumoren 176.
— Syringozystadenom 138.

Digitized by Google

Nobl, Tuberculosis papillaris mucosae oris 222.
— Umgrenzte Anetodermie mit Verdichtungsherd 176.
— Unilaterale Akrodermatitis 176.
— Urticaria perstans papulosa 661.
— Verruköse Keratodermie 176.
— — — der Handteller und Fußsohlen 219.
— G. u. Löwenfeld, W., Prognose der Keratitis parenchymatosa 626.
— — u. Sukman, L., Solitäre, fungöse Kopfhautgranulome und prämykotische Dermatosen 348.
Noel, P., Recklinghausensche Krankheit und Variole 559.
— — Salvarsan-Urtikaria am Glied 559.
Novak, J., Erosionsheilung durch Portiokappen und antikonzeptionelle Wirkung 633.
Novák, F. V., Behandlung des Lupus vulgaris mit Radium 262.
Nyiro, J. u. Stief, A., Malariabehandlung der Paralyse 882.

Oberndorfer, Wassermannsche Histoplast bei Furunkulose 396.
Ochsenius, Kurt, Frühbehandlung der kindlichen Phimose 604.
O'Conor s. Corbus.
— Karzinom der weiblichen Harnröhre mit Diathermie behandelt 194.
O'Donovan, W. J., Arsenkrebs durch gewerbliche Schädigung 305.
— — — Erythrodermie 786.
— — — Hopfendermatitis 280.
— — — Juvenile Psoriasis, Quecksilberdampflichtbäder 228.
— — — Makulöse, nicht anästhetische Lepra 786.
— — — Melanodermie nach Salvarsan 787.
Melanosis nach Arsenobenzol 812.
Odenthal, H. u. Kohl, F., Bemerkungen zur Arbeit von Rumpel: Gonorrhoebehandlung bei Frauen 451.
Oehme, C., Kalium und Magnesium im Stoffwechsel 666.
Oelze, F. W., Spirochätenfärbung mit Spirsil 112.
— — — u. Oelze-Rheinboldt, M., Geschlechtskrankheiten und ihre Bekämpfung 490.
Oestermann, H., Wollfett und Adeps Lanae 278.
Okunn, Jahresbericht aus dem Saratower Venerologischen Dispanser 486.
Onozuko, W., Hodensarkom und Totalkastration 71.
Opitz, E., Entstehung und Heilbarkeit des Krebses 422.
Opitz, H., Intrakutane Diphtherietoxinreaktion nach Schick 394.
Oppenheim, M., Acne conglobata und Tuberkulid 659.
— — — und papulonekrotisches Tuberkulid 663.
— Fall zur Diagnose (Staphylodermie?) 664.
— — — — (Gumma gingivae?) 664.
— M., Hypertrichose nach intramuskulärer Quecksilberinjektion 135.
— — Papulonekrotisches Tuberkulid 658.
— — Praktikum der Haut- und Geschlechtskrankheiten 228.
— — Statistik der beruflichen und gewerblichen Dermatitiden 279.
— — Syphilis oder Tuberkulid 136.
— — Über Stovarsol 149.
— H., Zwei neue Präparate für schlecht heilende Wunden 276.
Ormerod, J., Syphilitischer Gangrän der Finger 812.
Ormsby, Oliver S., Practical Treatise on Diseases of the Skin for the Use of Students and Practitioners 878.
Ornatzky, W. W., Adrenalin im Blut bei Spontangangrän 75.
Orsós, F., Spermainvasion 891.
Ostertag, B., Schnelldiagnose der Paralyse mittels der Eisenreaktion 500.
Owen, A. K., Melanosarkom mit Röntgenstrahlen behandelt 84.
Owtschinnikow, Eosinophilie bei Gonorrhoe 486.
Owensby, N. M., Pellagra 399.

*Paldrock, A., Lumi — ein Apparat zur Bereitung von Kohlensäureschnee 285.
Pancoast, H. K., Herpes zoster bei Hodgkinscher Krankheit 356.
Panisset, L. s. Goldenberg.
Pantasis, Georges, Blutbild bei Variola, besonders bei der Berner Epidemie 791.
Papegaay, J., Pathogene Hautpilze in Amsterdam 762.
Papilian, V. u. Couceanu, H., Experimentaluntersuchungen über Sympathektomie 38.
Pappenheim, M., Einige Probleme des Liquordruckes 536.
Pappritz, Anna, Handbuch der amtlichen Gefährdetenfürsorge 628.
Parfenenkow, Frühzeitige Lues cerebri und intravenöse Salvarsaninjektionen 225.
Parrisius, W., Nephritis und Hautkapillaren 844.
Parson, A. C., Bäckerdermatitis 279.
Patel s. Rochet.
Patterson, R. S., Kontrolle der Syphilis und Gonorrhoe 387.

Digitized by Google

Pattison, C. L., Therapeutische Erfolge mit ultravioletten Bestrahlungen 314.
Patzschke, W., Neue Dosierungsmethode unspezifischer Mittel 275.
Pautrier, L. M., Chronische, zirkumskripte Lichenifikation 594.
— — — Behandlung des Lichen planus durch Röntgenbestrahlungen d. Rückenmarkes 27, 30.
— — — Epitheliom der ganzen Unterlippe 594.
— — — Erythrose faciale atrophiante, neuer klinischer Typus 28.
— — — Fall zur Diagnose 30.
— — — Lichen corneus hypertrophicus der Wade, Keratodermia palmaris 594.
— — — Subkutane Sarkoide tuberkulösen Ursprunges 27.
— — — s. Merklen.
— — — Ambard, Schmid u. Salmon, Unterschenkelgeschwür bei Diabetes, mit Insulin behandelt 29.
— — — Lévy, Georges u. Salmon, Pagetsche Krankheit der Brustwarze 29.
— — — Rietmann u. Hababou, Polyadenitis inguinalis vom Typus der Lymphogranulomatose und mit Befund von Nokardice 29.
— — — Stricker u. Metzger, Polymorphe, schmerzhafte Dermatitis von bullösem Typus, mit Arsen u. Röntgenbestrahlungen der Milz behandelt 29.
— — — u. Bénard, Lymphangiom der Zunge 27.
— — — — Lévy, G., Histologische Physiologie der Haut: Austausch zwischen Epidermis und Korium und das trophomelanotische Netz 590.
— — — — — Georges, Lupus des Gesichtes, geschwürige Läsionen des behaarten Kopfes, tuberkulöse Läsionen in Plaques am Rumpf (Sarkoide) 27.
— — — — — — Mykosis fungoides oder Lymphadenome 28.
— — — — — G., „Ulcus rodens" der Nackengegend 594.
— — — — Rietmann, Epidermophytien durch Trichophyton granulosum 28.
— — — — — Wiederaufleben der durch Tr. granulosum hervorgerufenen Straßburger Trichophytie-Epidemie 593.
— — — Rietmann u. Salmon, Haut-Knochen-Gelenktuberkulose 27.
— — — — — — Ulzerierende und wuchernde Tuberkulose der Füße 27.
— — — u. Roederer, J., Adenogenes venerisches Geschwür 27.
Pawloff s. Retchmensky.
— S., Parapsoriasis 486.
— T. 236.
Pawlowsky, E. N. u. Stein, A. K., Läusestudien 103.
Payr, E. s. Zweifel.
Peacock, A. H., Salvarsangefahren 68.
— C. L. s. Walther.
Pedersen, V. C., Zeittafelmuster für urologische und syphilitische Fälle 602.
Pediconi, P., Meta-amino-oxyphenyl-Arseniksäure und Derivate bei der Luesbehandlung 562.
Péhu, Die klinische Syphilis 852.
*Peiser, Bruno s. Buschke.
— B. s. Langer.
Pelouze, P. S., Bedeutung der Zystoskopie für Arzt und Patient 608.
Pelthier s. Spillmann.
Pentimalli, F., Chronische Proteinvergiftung 272.
Pentland, Ch. James 152.
Perkel, J., Blastomykotische Erkrankungen 309.
— u. Israelson, Serodiagnostik der Syphilis mittels Flockenausfällung auf Eis 311.
Perewodschikow, J., Bakteriologie der sog. Uretritis pseudogonorrhoica 809.
Perlmann, S., Hypernephrom 846.
Pernet, George, Kongenitale Lues tarda des Gesichtes 786.
— G., Pityriasis rubra pilaris 33.
— George, Porokeratosis des Beines 787.
— G., Symmetrisch zyanotisch-livide Verfärbung der Fußsohlen 813.
— George u. Neil Sinclair, Melanotische Geschwulst der Schläfe, Exzision, Transplantation 787.
Perrier, Ch., Blasenpapillom als Ursache von Harnverhaltung 451.
— — Pyonephrose einer Beckenniere 808.
*Perutz, Alfred, Experimentelle Untersuchungen über die Wirkung der Radix Sarsaparillae 579.
— Molluscum contagiosum am Hals 136.
— Partielles Ausbleiben eines luetischen Exanthems nach Thermophor 133.
— A., Vakzine- und parenterale Eiweißbehandlung der Haut- und Geschlechtskrankheiten 274.
— — u. Kaiser, H., Pathogenese der Livedo racemosa 902.
*— Alfred u. Merdler, Konrad, Experimentelle Physiologie und Pathologie des männlichen Genitale 172.
— A. u. Merdler, Experimentelle Physiologie des männlichen Genitale 751.
— u. Merdler, Experimentelle Pharmakologie des männlichen Genitale 751.
— A. s. Kossler.
Pesch, K., Experimentell erzeugte Wunddiphtherie 394.

Digitized by Google

Pesch, K. L. u. Schütt, H., MTR und Modifikation nach Hohn 533.
*Peter, F. M., Chilblainlupus 701, 738.
*— — — Reaktion der Haut gegen Kokken und deren Toxine bei Ekzem 501.
— G., Fortgesetzte Kleindosis von Strahlen in der Behandlung maligner Tumoren 694.
Petersen, V. Cox, Syphilis vom sozialen Standpunkt 876.
Peterson, A., Syphilis der Harnblase 498.
Pétouraud s. Bonnet.
Petroff, Behandlung der Psoriasis 728.
Peyre, Ed. s. Gougerot.
Pfahler, G. E., Aufbewahrung von Radium in Nadeln und Kapseln 697.
— — — u. O'Boyle, Hodgkin mit Iliosakralerkrankung, geheilt durch Röntgenstrahlen 84.
Pfanner, W., Traumatische Ruptur einer Hydronephrose 556.
Pfeiffer, A. s. Kelley.
— E., Nierenhypoplasie 344.
Pfeiler, Erreger der Maul- und Klauenseuche 457.
— W., „Kulturvirus" der Maul- und Klauenseuche und filtrierbare Virusarten 760.
Pfister, M., Punktion der Cisterna magna 535.
Pflaumer, E., Katheterung 845.
Pflüger, H., Für Lues congenita charakteristische Formveränderung der Molaren 529.
v. Philipsborn, E., Phagozytoseversuche an Leukozyten 267.
Philipsen, K., Cholesterinierter Extrakt für WR 349.
Picard s. Bruhns.
*Pick, Erwin u. Kaznelson, Paul, Polycythaemia rubra, eigenartige Dermatose bei — 159.
Pierangeli, W., Intravenöse Vakzinetherapie bei blennorrhoischen Adnexerkrankungen 886.
Pierret, R., Über arsenhaltige und radioaktive Thermalwässer von La Bourboule 40.
Pierrot s. Hudelo.
— — Hufnagel.
Pigeaud s. Lacassagne.
Pilot, I. u. Kanter, A. E., Fusiforme Bazillen und Spirochäten bei gesunden Frauen, genitalen Infektionen und Tumoren 390.
Pils, Strichförmige Dermatose 181.
Pilz, K., Xerosinpräparate bei der Hautbehandlung von Säuglingen 690.
Pinard, M., Prophylaktische Behandlung der kongenitalen Syphilis 148.
Pinkus, F., Ausfall des Kopfhaares und seine Behandlung 37.
Pirilä, P., Arthritis syphilitica polyarticularis und Tendovaginitis 486.
— — Lichen ruber planus annulatus 485.
Pirondini, E., Suprapubische Zystoskopie 608.
Planelles, J., Resorption dampfförmiger Medikamente durch die Nasen-Rachenschleimhaut 688.
*Planner, H., Luetin intravenös 330.
— Lupus vulgaris 181.
— Psoriasiformes Syphilid 181.
Plaut, R. u. Timm, Einfluß der Keimdrüsen auf den Stoffwechsel 79.
Plehn, Malariabehandlung der progressiven Paralyse 882.
Poehlmann, A., Histologie der Typhus- und Paratyphusroseolen (Schlußwort zu Diskussion mit Fränkel) 906.
Poincloux, P. s. Nicolau.
Pokotilo, W. L., Tanninwasserlösung für Händedesinfektion 277.
Polano u. Dietl, Einwirkung der Hautabsonderung bei Menstruierenden auf die Hefegärung 235.
Poleck, Bemerkenswerte Erkrankungen in der Südseekolonie Samoa 908.
Pollitzer, H. u. Stolz, E., Blutdrucksenkende Wirkung von Höhensonnenbestrahlungen eine Stickoxydulwirkung 698.
Pomeroy, Edward, S., Neuere Methoden bei der Behandlung der Syphilis 69.
— L. A. u. Milward, F. W., Radium bei Verletzungen der weiblichen Harnröhre 892.
Ponselle, M. A., Kultur der pathogenen Trypanosomen 112.
*v. Poor, Franz, Leucoderma acquisitum centrifugum 401.
Pordes, F., „Reiz" in der Dermatologie 693.
Porgorschelsky, H., Lues congenita und Anämie 530.
Porias, Acne varioliformis capillitii 662.
— Erythema multiforme bullosum 181.
— Parapsoriasis 224.
— Partieller Morbus Recklinghausen in nävusartiger Anordnung 659.
Port, F., Positiver WR und Aortitis bei älteren Leuten, Häufigkeit 496.
Portmann, A., Recklinghausensche Krankheit 80.
Portner, E., Behandlung mit Reargon ein Fortschritt? 885.
Porudominski, Untersuchungen der Familien auf venerische Krankheiten 312.
Posner, H. L., Fremdkörper in der Blase 184.

Digitized by Google

Praetorius, G., Erwiderung auf Bemerkungen Blums zu Artikel: Purpura der oberen Harnwege 34.
— — Vereinheitlichung der endoskopischen Kabel („Enduni-Kabel") 602.
*Preininger, Thomas, Senkungsgeschwindigkeit roter Blutkörperchen in der Dermatologie 733.
Preuss, J. u. Jacoby, A., Mammakrisen bei Tabes 500.
— — — — — Peritonitis und Tabes 500.
Prigge, R. s. Schlossberger.
Pritzl, O., Arthritis gonorrhoica nach Blennorrhoea neonatorum 884.
Procházka, K., Gonorrhoebehandlung mit Reargon 145.
— V., WR, SGR, MTR, Vergleichung 146.
Prokoptschuk, A., Spinale syphilitische Amyotrophien 348.
Proksch, Johann Karl 792.
Puente, J. J., Canaliculitis penio-escrotal ulcerado blennorragica 527.
Puenta, J. J., Neuritis especifica del nervio acustico 527.
Pugh, Winfield Scott, Hauterscheinungen bei Tripper 69.
Pulay, E., Behandlung der Lues innerer Organe 850.
— — Wasserhaushalt und Haut 728.
Pulvermacher, L., Angio- und Trophoneurosen der Haut 716, 718.
— Boecksches Sarkoid 720.
— L., Endokrine Drüsen und Haut 399.
— — Männliche Keimdrüsen, endokrines System und „anhormale" Impotenz 184, 846.
Quack, E., Zylotropin bei Pyelitis 231.
Quest, J. F. s. Greenwood.
Queyrat, Angiokeratoma Mibelli nach der Behandlung 72.

Raab, W., Dystrophia adiposogenitalis, Pathogenese 731.
Rabeau s. Ravaut.
Rabbeno, A., Talgabsonderung 449.
Rabut, Diffuser Herpes 624.
— s. Hudelo.
Radaeli, A., Mikrosporie durch M. felineum 522.
Radice, L., Diphtheriebazillen, Verhalten auf den menschlichen Geweben 360.
Raiziss, G. W., Severac, M. u. Moetsch, J., Chemotherapie des Sulpharsphenamins 859.
— George W. u. Tulchinsky, J., Neuere Ergebnisse der Chemotherapie 184.
Rajka, E., Entstehung des roten Hofes der vasomotorischen Reaktion 723.
Rajka, E., Induratio penis plastica 345.
— — Trichophytide 347.
— — u. Fürth, J., Genese der reflektorischen Umgebungshyperämie 666.
Rakusin, M. A. u. Nesmejanow, A. N., Verhalten von Sublimatlösungen gegen verschiedene Adsorptionsmittel 278.
Ramel, E., Hautblastomykose, Allergieerscheinungen 754.
— — s. Bloch.
Ramsin, S. u. Schnitzer, R., Trypanozide Wirkung des Antimons 277.
Randak, Aktinomykose 140.
— Lichen planus 842.
— Pemphigus vulgaris 665.
— Pityriasis lichenoides 135.
— — — chronica 665.
— Porphyrin bei Lupus erythematodes disseminatus acutus 660.
— Systemisierter Nävus 181.
Randall, A., Zwei neue Antimonpräparate zur intravenösen Anwendung; Wirkung bei Granuloma inguinale 883.
Ratner, Syphilitische Reinfektion 592.
Ratschitch, J., Nierensteinoperation 455.
Rauschkolb, J. s. Cole.
Ravaut, P., Boulin u. Rabeau, Studien über Poradenolymphitis 67.
Ravogli, A., Angioneurosen 271.
— — Hautkrankheiten der Handflächen und Fußsohlen durch vasomotorische Störungen 353.
— — Wismutsalze in der Behandlung der Syphilis 881.
Raynaud, M., Montpellier, J. u. Boutin, P., Ikterus im Verlauf einer komplizierten Gonorrhoe 227.
v. Redwitz, E., Erysipeloid 397.
Reenstjerna, J. L. 320.
Regan, J. G., Späte Immunisation durch Serum bei Masern 789.
Regaud, C., Biologische Gesichtspunkte bei der Bestrahlungstherapie des Krebses 353.
Reid, W. D., Verhinderung der Herz- und Gefäßsyphilis 385.
Reifenstein, B. W., Mykotische Aneurysmen durch Gono- und Pneumokokken 598.
Reimer, O., Röntgengeschwüre 42.
Reiner, Gumma des Stirnbeins 133.
— Lichen planus 133.
Reinhardt, J., Hautdiphtherie im frühen Kindesalter 360.
Reinsberg, V. u. Kadlicky, R., Lymphogranulomatosis cutis et conjunctivae bulbi 349.
Reiser, E.. Ökonomische Bestrahlung großer Flächen mit hohen Dosen von Röntgenstrahlen 352.

Digitized by Google

Reiss, Fr., Amöbenzystitis, Heilung durch Yatren 888.
Reiter, H., Wiederinfektion bei experimenteller Kaninchensyphilis 853.
Reitz, F. s. Lorenz.
Rejsek, J., Einseitige Nierenverschmelzung 455.
Rejtö, K., Bruckesche Syphilisreaktion 856.
Remenovsky, Erythema induratum 179.
— Hautblastomykose (?) 661.
— Psoriasis vulgaris 176.
— F. u. Löwenfeld, W., Über neuere Hauttuberkuline 751.
Resch, J., Beitrag zur Syphilisbehandlung 537.
Retchmensky u. Pawloff, Spontane Spirochätose bei Kaninchen 489.
Retterer, E., Zustand und Bau des Hodens 2 Jahre nach Resektion des Samenleiters 261.
Reyn, A., Röntgen- und Lichtbehandlung von tuberkulösen Lymphomen 493.
Reyner, C. E. u. Hartman, F. W., Kolmers Komplementbindungsmethode für Syphilis 561.
Richarz, Ad., Behandlung des Erysipeloids und Erysipels mit Ichthyolkollodium 398.
*Richter, Ed., Kolloide Eisen-Aluminiumlösung und neuere Wege in der Syphilistherapie 479.
— Lupuskarzinom 381.
*— W., Angiokeratom der Zunge 574.
Riecke, H. G., Lepra tuberosa, Histopathologie 906.
Rieder, H. u. Rosenthal, J., Lehrbuch der Röntgenkunde 596.
— W., Gefäßmechanik und Wundheilung 76.
Riehl, Gustav 196.
— Halbseitiger, warzighorniger Nävus 220.
— Keratosis plantaris hereditaris mit leukoplakieähnlichen Erscheinungen an der Mundschleimhaut und Gingiva 660.
— Salzsäureverätzung 180.
— G., Über Hautkarzinome 758.
— jun. G., Granulome durch pathogene Sproßpilze 904.
— G. u. v. Zumbusch, Leo, Atlas der Hautkrankheiten 490.
Riem, H., Reargon bei der akuten Gonorrhoe 885.
Rietmann s. Pautrier.
— J. u. Salmon, J., Knochen- und Sehnentuberkulose mit Hautknötchen 29.
— — — — — Pemphigus subaigu malin 593.
*Rietschel, Hans, Problem der Übertragung der angeborenen Syphilis 91, 123.
Říhová, V., Monilethrix 145.
Rille, J. H. 44.
*— — — 60. Geburtstag, Frühwald 653.
Ritter, A. u. Fröhlich, A., Preglsche Jodlösung, experimentelle Untersuchungen 690.
Robinson, H. M. s. Moore.
Robitschek, W., Sarcina pyogenes aurantiaca, menschenpathogen 78.
Roblee, H., Spezifische Behandlung der akuten Gonorrhoe 69.
Robustow, Spezifische Behandlung der Paralyse und Tabes 101.
Rochet u. Patel, Hydronephrose einer Hufeisenniere 807.
Rodenacker, Tuberkulinflockungsprobe 106.
Roederer, J. s. Pautrier.
— — u. Lévy, G., Abnormer Lupus atrophicus des behaarten Kopfes 30.
— — u. Salmon, J., Pigmentierungen unbestimmten Charakters 593.
— — u. Stulz, E., Basalzellenepitheliom eine atonische Wunde vortäuschend 27.
Roffo, A. H. u. Correa, L. M., Einwirkung der Röntgenstrahlen auf den Cholesteringehalt der Karzinome 694.
Rogers s. Martin.
Rohleder, H., Hodenüberpflanzung 631.
— — Monographien über die Zeugung beim Menschen 596.
Röhlich, L. s. Neuber.
Rohrböck, Fr., Einfluß der Ultravioletttstrahlen auf Varizellen 789.
Rolando, S., Nierensyphilis 498.
Rolleston, H., Hautaffektionen bei Leukämie und verwandten Zuständen 186.
Rolnick, H. C., Experimentelle Studien am Vas deferens. Wirkung von Antiseptizis 631.
— — — Syphilis des Nebenhodens 111.
Romeis, B., Mikroskopische Technik 189.
Romieu, M., Mikrochemische Untersuchungen über die eosinophilen Granulationen der Leukozyten 236.
Ronchesi, Fr., Duodenalgeschwür bei schweren Verbrennungen 359.
Rondoni, P., Einfluß des Tuberkulins auf die Gewebsatmung 106.
Roques, E. u. Chatellier, Filarien-Chylurie und Azetylarsan 625.
Roosen, R., Isaminblau gegen bösartige Geschwülste 428.
Rosen, J. s. Fordyce.
— — Müller, E. E. u. Myers, C. N., Vasomotorische Erscheinungen nach Arsphenamin 147.

Digitized by Google

Rosen, J., Müller, E. F. u. Myers, Verhalten des Silberarsphenamins zum sympathischen Nervensystem und angioneurotischen Symptomenkomplex 390.
Rosenbaum, Ch., Okulomotoriuslähmung syphilitischen Ursprungs 499.
— E. s. Buschke.
Rosenburg, A., Nierenkrebs mit Hautmetastasen 456.
Rosenquist, Frühzeitige Diagnose und Abortierung der extragenitalen Syphilis 34.
Rosenthal, J. s. Rieder.
— M., Vorbeugende Wirkung des Stovarsolans bei Syphilis 591.
— u. Kruglak, Bakterioskopische Diagnose der Lepra 33.
Rosenzweig, Behandlung der Psoriasis vulgaris und anderer Dermatosen nach Brock 878.
Rosner, R. s. Klaar.
Rother, J., Einfluß der Röntgenstrahlen auf das vegetative System 42.
— — s. Strauss.
Rothmann, St., Erhöhung der Zuckertoleranz durch Lichtbäder 314.
Rothschild, A., Juvenin 231.
— — Zum Prioritätsstreit Blums gegen Praetorius betreffs Purpura urologica 557.
*Rottmann, H. G., Abgekürzte Seruminaktivierung bei WR 216.
Roucayrol, E., Diathermiebehandlung gonorrhoischer Samenblasenentzündung 807.
Rouillard, J., Behandlung der Lepra und Tuberkulose mit Chaulmoograöl und Lebertran 814.
Roxburgh, A. C., Dermatitis durch gefärbten Pelz 813.
— Schambergsche Krankheit 787.
Rubens, Behandlung der Hämorrhoiden mit Posterisan 906.
Rubin, E., Wirkung des Bismutkolloides in der Syphilistherapie 881.
Rubinstein, M., Methoden der indirekten und direkten Ausflockung 855.
— u. Stephanovitch, Globuline des Liquor 416.
Rubitschung s. Schilling.
Rubritius, H., Inkrustiertes Geschwür an den Harnleitermündungen 182.
Rudnitzki, Organisation der venerologischen Hilfe im Gouvernement 486.
Rudolf, G. M., Spontanruptur der Milz bei der Malariabehandlung 881.
Ruete, M. u. Schwenkenbecher, A., Nephritis bei Syphilis, Behandlung 149.
Rulison, R. H., Prophylaxe der Röntgenüberdosierung 696.
Rulison, R. H. u. Highman, W. J., Ist Kopfgrind seborrhoisch 307.
Rupprecht, R., Erysipeloid 397.
Rusch, Granuloma anulare 133.
— Hämatogene subkutane Krebsmetastasen 220.
— Kutane u. subkutane sarkoide Tumoren 841
— Parapsoriasis Brocq 180.
— Psoriasis vulgaris des Lippenrotes 180.
— Tuberkulid unter dem Bild eines Lichen planus 219.
— Urticaria pigmentosa 219.
— — — xantheliasmoidea 180.
Russo, Behandlung des Erysipels mit Methylenblau 397.
Ryser, H., Hodenkarzinom 890.

Saad, B., Lanzinierende Schmerzen bei Tabes und Malaria 186.
Saalfeld, U., Hautlokalisationen der Lymphogranulomatose 753.
Sabawina, Funktionsstörungsen der Nieren bei Syphilis 225.
Sabouraud, Chronisches papulo-zirzinäres Erythem migrans 73.
— Erythema circinatum centrifugum 624.
— R., Mittel gegen Altern der Gesichtshaut 101.
Sachnowskaja u. Tschestakow, Reinfektion nach Abortivbehandlung 877.
Sachs, H., Alte und neue Fragen der Serumforschung 668.
— — Pseudodiphtherie am weiblichen Genitale 633.
— Chilblein-Lupus 664.
— Cutis marmorata pigmentosa 221.
— O., Erythema induratum 492.
— Erythrodermie pityriasique en plaques disséminées (Brocq) 138.
— Granuloma annulare 658.
— Lichenoides Tuberkulid und Vitiligo 221.
— Hypertrophische Narben 840.
— Lichen ruber planus et verrucosus 840.
— Lupus erythematodes und Erythema perstans 840.
— Multiple erworbene essentielle Teleangiektasien 664.
— Onycholysis partialis bei Galvaniseurinnen 664.
— Papillome auf einer gewerblichen Dermatitis 135.
— papulonekrotisches Tuberkulid mit Lichen scrofulosorum 221.
— O., Neue Behandlung der Impetigo contagiosa 360.
— — Selbstbeschädigung der Haut- und Geschlechtsorgane bei Soldaten 77.
— H. u. Klopstock, A., Serodiagnostik mittels Ausflockung 534.
— — — — — — — „Benzolcholextrakten" 534.

Digitized by Google

Sack, A. Behandlung des Erysipeloids 398.
Sackenreites, G., Epitheliom der Glans 594.
Sacro, S., Pityriasis rosea mit Impetigo 71.
Sahli, H., Variola und Varizellen 790.
Saidman, D. J., Absorption von ultravioletten Strahlen und therapeutische Anwendung 698.
— J., Ultraviolette Strahlen und Radium bei lokalisierter Tuberkulose 108.
Saint-Cène, Urethritis bei Ulcus molle 456.
Saito, T., Lupus erythematodes discoides 71.
— Y., Resorption örtlich betäubender Mittel von der Schleimhaut der Harnblase 607.
Sakurane, K., Multiple harte Fibrome an Finger- und Zehenspitzen 71.
— — Pityriasis rotunda, Toyama-Matsuura 71.
Salgue, J. s. Levaditi.
v. Salis, H., Röntgenveränderungen nach Bestrahlung der Gland.-Submaxillaris 42.
Salkind, Wismut bei Syphilis 563.
Salmon s. Pautrier.
— s. Rietmann.
— J. s. Roederer.
Šalša, F., Autohämatotherapie 454.
Salutzki, blennorrhoische Orchitis 102.
— Lugolsche Lösung intravenös bei Trichophytie 102.
*Šamberger, Fr., Ichthoxylum. Ein neues Heilmittel 153.
— u. Hübschmann, Atlas der Haut- und Geschlechtskrankheiten 879.
Samuel, H. C., Lichen planus auf den Mund beschränkt.
Sanford, J. H. s. Caulk.
Sarrouy s. Gillot.
Sarbadhikary, S. s. Morel.
Sasagawa, M., Universalurethroskop und andere urologische Instrumente 70.
Saudek, J., Behandlung der chronischen Zervizitis und Urethritis mit Laminariastäbchen 146.
Savatard, L., Multiple Xanthome 227.
Schaaf, Fr. s. Bloch.
Schäfer, E., Kongenitale Dyskeratosen 905.
Schalek, A., Akuter septischer Pemphigus 811.
— Alfred, Der gesunde Menschenverstand bei Versorgung der Syphilis 626.
*Schallinger, Georg, Behandlung inveterierter Luesfälle 365.
Schamberg, J. F., Bekanntes und Unbekanntes über Psoriasis 395.
Schamschin, W. s. Jordan.
Schapiro, Indikationen der Psychotherapie bei dermatologischen und urologischen Erkrankungen 721.
Schaudig, W. Schwefeldioxydbegasung bei Skabies 461.
Schaumann, J., Gutartiges Lymphogranulom 387.
Scheele, K., Chirurgische Behandlung von Mißbildungen des Urogenitalapparates 844.
— — Spontane Verkleinerung von Nierensteinen 182.
Schelenz, C., Herpes zoster und Krysolgankur 41.
Schepelmann, E., Operationen an der Vorhaut 604.
Scherber, G., Iritis luetica 175.
— — Glyzerinpflanzenschleimpräparat in der Dermatologie 278.
— — Verhütung von Karzinomen bestimmter Lokalisation 427.
— Neurofibromatosis Recklinghausen 175.
— Pemphigus vulgaris 175.
— Tarsitis luetica 175.
— G., Wirksamkeit der Wismutpräparate; Mesurol-Bayer 563.
— — u. Albrecht, O., Malaria und spezifische Behandlung bei Neurolues und Beeinflussung liquor-positiver, symptomfreier Fälle 152.
Schiff, E. u. Bayer, W., Intravenöse Blutinfusionen bei Erythrodermie Leiner 396.
Schilf, Gefäßinnervation an den Extremitäten und die periarterielle Histonektomie 355.
Schilling, V., Jossmann, K. Hoffmann, Rubitschung u. van der Spek, Blutstudien an der Impfmalaria der Paramalaria der Paralytiker 568.
Schischow s. Smirnow.
Schindler, K., Konstitution bei Syphilis 420.
Schinz, H. R. u. Slotopolsky, B., Experimentelle und histologische Untersuchungen am Hoden 630.
Schirmer, O., Nagelveränderungen bei Encephalitis epidemica 460.
Schlager, G. R., Veränderung der Harnausscheidung bei Bakteriurie und Pyelitis 182.
Schlegel, E., Augendiagnose des Dr. Ignaz v. Péczely 229.
Schlesinger, H., Chronische spätsyphilitische Gelenkserkrankungen 819.
— Eigenblutinfiltration 397.
— H., Intraartikuläre Jodnatrium-Injektionen bei spätsyphilitischen Gelenkaffektionen 191.
Schloßberger, H., Harboch, O., Lusena, M. u. Prigge, R., Komplementbindung bei Tuberkulose 467.
*Schlossmann, H. s. Gans.
Schmeidler, H., Lokaltherapie der männlichen und weiblichen Gonorrhoe mit Tampovagan-Zervix- und Urethra-Gelatinestäbchen 599.

Digitized by Google

Schmid, Ostitis tuberculosa multiplex cystice 492.
— s. Pautrier.
Schmidt, E., Tierexerimentelle Untersuchungen über die Beeinflussung der Nierenfunktion durch intravenös einverleibtes Sublimat und Salvarsan 858.
— H., Die heterogenetischen Hammelblutkörper und ihre Antigene 37.
— — Der Suprarenal-genitale Syndrom 193.
— — s. Uhlenhuth.
— R., Arzneimittel der unspezifischen Proteinkörpertherapie 274.
— W. H., Fremdkörper in der Zunge 458.
— — — Indikationen für Radium und andere Behandlungsmethoden des Krebses 353.
Schmitz, A. s. Vollmer.
— H., Operative Radium- und Röntgenbehandlung des Brustkrebses 759.
Schneider, O., Karzinomerblichkeit 424.
Schnirer, M. T., Taschenbuch der Therapie 419.
Schnitzer, R. s. Ramsin.
Schnyder, W. F., Herpetiforme Erkrankung der Hornhautrückfläche 726.
*Schoch, A. M., Fall von brauner Chromidrose 12.
*— Adrien, Familärer Typus der Syphilis 711.
*— — Scharlachartiges Exanthem bei Lungentuberkulose 197.
Schoen, R. s. Levaditi.
Schoenfeld, W. Ausscheidung des intralumbal verabfolgten Salvarsans aus dem Liquor 875.
Schoenhof, C., Röntgentherapie des Blasenpapilloms 607.
— S., Argochrom zur Injektion bei Varizen 700.
Scholz, Vorschläge zur Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten unter Mitwirkung der Beratungsstellen der Landesversicherungsanstalten 636.
Schönhof, S., Röntgenbehandlung des Hautkrebses 83.
Schönstein, A., Referat über Heliotherapie bei Hautkrankheiten 699.
Schoonover, F. S., Harnblasendivertikel 606.
Schreiber, J. s. Boez.
Schreiner, B. F. u. Stenström, K. W., Röntgenschädigungen 43.
— K., Dermolentsalben 278.
*— — Salizylsäure- und Thymusbehandlung bei der Psoriasis 281.
Schreus 764.
— H. Th. s. Habermann.
Schröder, R., Tuberkulöse Einzelniere 845.
Schtammow, Trichophytie in Form von Parapsoriasis en plaques 311.
Schubert, J., Tuberkulin und vegetatives Nervensystem 815.
*Schubert, Johann, Verwendung von Andriolpräparaten 17.
Schüller, A., Hypophysärer Typus der sexuellen Impotenz 633.
Schulmann, E., Glykämie im Verlaufe der Syphilis 498.
— — Syphilitischer Basedow 497.
— — u. Terris, E., Chronische syphilitische Meningitis 499.
— — — — — Klinik der syphilitischen Meningitiden 111.
Schultz, A., Mikrochemischer Cholesterinnachweis am Schnitt 667.
Schulze, Walter 640.
Schumacher, Josef, Fortschritte auf dem Gebiete der Syphilisforschung 626.
— J., Gramsche Färbung 263.
*— Josef, Problem der Salvarsanwirkung 833.
Schürch, O., Reizversuche mit physiologischen Substanzen auf der Haut von Normalen und Ekzematikern 727.
Schütt, H. s. Pesch.
Schütz, Josef, Helminthen bei Hautkrankheiten und ihre Behandlung 897.
Schwartz, Paralyse trotz überstandener Malaria 568.
— H. J. u. Levin, O. L., Kalziumgehalt des Blutes bei verschiedenen Hautkrankheiten 389.
Schwarz, G., Röntgenreaktion der Haut 320.
— — — — — Schädigung — Strahlungsintensität bei gleicher Dosis 695.
— K. s. Hoff.
— O., Sexualpathologie 634.
— — A., Todesfall nach Anästhesie der Harnröhre mit Tutokain 690.
Schwarzwald, R. Th., Bilharziaerkrankung der Blase 606.
Schwenkenbecher, A., Der Glossitis gleichbedeutende Schleimhauterkrankung der Nase bei perniziöser Anämie 103.
— — s. Ruete.
Scomazzoni, T., Zervixveränderungen bei der Blennorrhoe der kleinen Mädchen 524.
Scott, W. W., Tuberkulose des Urogenitaltraktus, nur auf die Prostata beschränkt 629.
— — — s. Young.
Seidl, H., Alimentäre Leukopenie und Krebs 423.
Seifert, E., Reflektorische Anurie 844.
Seitz, A., Endokrine Drüsen und Abwehr 264.
— — Kaninchensyphilis 531.
*Sellei, Josef, Über das Jucken 774.
*— J. u. Fengo, J., Antwort auf Heubners „Dermoreaktionen" 407.

Digitized by Google

Selfer, H., Ist Schutzimpfung gegen Tuberkulose mit abgetöteter oder avirulenten Tuberkelbazillen möglich? 815.
Semon, H. C., Fall zur Diagnose 453.
— — — — von Tinea 787.
— — — Pikrinsäuredermatitis 279.
— — — Psoriasis, völlige Involution nach Thymusbestrahlung 228.
Seng, M. J. s. MacKenzie.
Sequeira, J. H., Strahlenbehandlung bei Hautkrankheiten, Referat 418.
Serf, J., Chronisch-luetische Endarteritis, Wismutbehandlung 262.
Sergent, E., Retentionsikterus bei einer alten Syphilitikerin 820.
— — Syphilitische Mediastinitis 497.
Serra, A., Erworbene, extragenitale Syphilis 31.
— — Gift der Warze, des Papilloms und des Condyloma acuminatum 524.
Severac, M. s. Raiziss.
Sézarg, A., Diagnose der konstitutionellen Syphilis 109.
Sheehan, J. E., Wiederherstellung der syphilitischen Nase 496.
Sheplar, A. E. s. Baylis.
Shibukawo, J., Veränderungen der Serodiagnose der Syphilis 71.
Shibuya, H., Sensibilisation von Warmblütern durch Serum-Porphyringemenge 693.
Shimoda, T. s. Ishimaru.
Shinkle, C. E., Raynaudsche Krankheit mit Befallensein der Füße, Retina und des Herzens 354.
Shirakawa, T. s. Blumenthal.
Shirosaki, T., Schichtprobe zum serobiologischen Luesnachweis 904.
Shivers, Ch. H., Klinische Bewertung des Wismuts; ungewöhnliche Reaktionen nach Anwendung 307.
Sieben, H., Behandlung der Salvarsandermatitis 150.
Sieber, H., Röntgentherapie bei Bartholinitis gonorrhoica 600.
*Siemens, Hermann Werner, Erbbedingtheit der Muttermäler 252.
— H. W., Hautkrankheiten und Diathese 268.
— — — Linkshändigkeit, Methodik familienanamnestischer Erhebungen 665.
— — — Methodologische Bedeutung der Zwillingspathologie 640.
— — — Systematisierter Naevus depigmentosus. Genese der Nävi 142.
— — — Ursachen der Muttermäler 420.
Sigalow s. Finkelstein.
Silberberg, M., Xanthome und Xanthoblastome 732.
Silver, M., Gonorrhoe und Verantwortlichkeit 483.
Simko, J., Intrakutane Schutzpockenimpfung 791.
Simon, A. s. Fritz.
— C., Unlösliche Wismutpräparate und WR 875.
— Clément, Tabes mit sekundären Haut-Schleimhauteffloreszenzen 417.
— — Über Treparsol 623.
— — Wirkung des Treparsols bei innerlicher Anwendung auf WR 74.
— F. s. Cohn.
— — Dikodid als Sedativum der männlichen Genitalsphäre 277.
Simons, A., Behandlung chronisch eiternder Fisteln mit Thorium X 698.
— — „Vorbestrahlung" als Fehlerquelle für exakte Röntgendosierung 43.
Simpson, A., Radiumbehandlung der Tonsillen 697.
Sinclair, Neil s. Pernet.
Sinek, F. s. Adler.
Singer, E. s. Münzer.
Sinkoe, Samuel J., Diagnostischer Wert der Pyelographie 876.
Sirota, Behandlung der gonorrhoischen Epididymitis 600.
— L., Kalziumchlorat bei einigen Hautkrankheiten 809.
— — Reinfectio syphilitica nach Linsers Abortivbehandlung 857.
Sirovicza, M., Blutharn an luetischer Niere 849.
Sisk Madison, J. R., Schleifenbildung des Harnleiters 632.
— — — — Divertikel der Harnröhre 194.
Sklarz, E., Herdweise Keratosen an Händen und Füßen, Konstitutionsfragen bei Dermatosen 349.
*Skutezky, Karl, Behandlung der Psoriasis 743.
Skworzoff, M., Descensus testiculorum 230.
Slotopolsky, B. s. Schinz.
Smelow, Natr. salicyl. intravenös bei Psoriasis 102.
Smirnow u. Schischow, Chronische blennorrhoische Cowperitis 486.
Smith, C. K., Peniskarzinom mit Vorstellung eines Falles ein Jahr nach der Radikaloperation 604.
— — — Schwere Blutung und Purpura nach Neoarsphenamininjektion 811.
— — — Psoriasis vulgaris, Natr. salicyl. intravenös 488.
— P. G. u. Kiely, Ch. J., Priapismus infolge wahrscheinlich luischer Rückenmarkserkrankung 386.
Sobernheim, Spirochätenbefunde bei Malayenfibromen 531.
Sokolow, Ichthyosis Lystrix 396.
Solowiew, B. M., Bösartige Geschwülste und Oberflächenspannung 423.

Digitized by Google

Sollmann s. Cole.
Solomon, H. C. u. Viets, H. R., Tryparsamid bei Behandlung der Neurolues 540.
Smogyi, S., Blutserumlipase bei Hauttuberkulösen 451.
Sorgo, J., Proteinkörperwirkung und Tuberkulosetherapie 814.
Soulas, A., Angeborene Syphilis des inneren Ohres und der praktische Arzt 851.
Spiethoff, B., Parenteral einverleibter Alkohol in der Reiztherapie 275.
Sutejew, Klinik spätgonorrhoischer Komplikationen beim Manne 810.
Van der Spek s. Schilling.
Spengler, G., Mesaortitis luetica 111.
Spiethoff, B., Erfahrungen mit Stovarsol 860.
— — Wichtige Fragen der Syphilisbehandlung 876.
Spillmann, Drouet u. Carillon, Urticaria pigmentosa 595.
— — — Michon, Zur Geschichte des Pemphigus 595.
— L., Pelthier u. Watrin, Granulosis rubra nasi 101.
— u. Mougolle, Schmerzhafte, berufliche, subungeale Hyperkeratose 595.
— u. Winstel, Psoriasis, Ekzem und Organbehandlung 595.
— L, Watrin, Drouet, Mycosis fungoides 101.
— — — — u. Dombray, Krankenvorstellungen 101.
— — — — Mouton-Chapat u. Carillon, Krankenvorstellungen 595.
Spitzer, Botryomykose oder Granuloma pediculatum benignum 658.
— E., Dermatitis bullosa 180.
— — Kleinpustulöse Dermatitis 137.
— Kunstharzdermatitis 658.
— E., Leucoderma nach Pityriasis versicolor 133.
— — Lues serpiginosa 133.
— — Lymphangitis syphilitica 133.
— — Milzbrandkarbunkel 841.
— Pemphigusähnliches Exanthem 178.
— Verätzungsdermatitis 180.
Sprinz, O., Zentralblatt-Jahresregister 1922 für Haut- und Geschlechtskrankheiten 489, 490.
Spude, H., Krebsbehandlung durch künstliche Entzündung 83.
Ssobolew, A., Behandlung der Trichophytie des behaarten Kopfes durch wiederholte Entzündungen 348.
— Epidermolysis bullosa distrophica 225.
Ssokoloff, N. A., Cholesterinämie beim Skorbut 730.
Stahl, R., Haut und vegetatives Nervensystem bei Herdreaktionen nach Bäder- und Reiztherapie 39.
Stahl, R., Technik der Subokzipitalpunktion 535.
Stancanelli, P., Venerische Geschwüre am Mundwinkel infolge Autoinokulation 450.
Starck, Zweimalige Erkrankung an Masern 764.
Stark, E., Sekundärschäden in der Röntgentherapie 352.
Starlinger, F., Samenstranggeschwülste 890.
Starobinsky, A. u. Weyl, L., MTR 67.
— — u. Deyl, L., 800 Untersuchungen nach SGR 227.
Starry, D. A. C., Syphilis der Prostata 385.
Starzynski, A. s. Leyberg.
De Stefani, G. B., Bismutpräparate in der Behandlung der Syphilis, aus dem Italienischen übersetzt von Menz 746.
de Stefano, Mycosis fungoides im prämykotischen Stadium 185.
Stefko, W., Morphogenese und Histogenese der Neubildungen 757.
— — H., Veränderungen der Geschlechtsdrüsen beim Hungern. Sterilisation der Bevölkerung unter dem Einfluß von Hunger 830.
Stein, A. K. s. Pawlowsky.
— Pseudopelade (Brocq) 137.
Steinbrinck, W., Pathologie der Blutkrankheiten 670.
*Steincke, R., Bismogenol, Nebenwirkungen 442.
Steindl, H., Vas deferens, Resektion 230.
*Steiner, Erich, Behandlung der Mikrosporie mit Tartarus-stibiatus-Salbe 51.
Steinfeld, J., Experimentelle Prüfung von Stovarsol und Spirozid 539.
Stejskal, K., Neue therapeutische Wege 878.
Stenius, F., Bewertung des epithelialen Harnsedimentes für die Geschwulstdiagnose 889.
Stenström, K. W. s. Schreiner.
Stephanovitch, P., Globuline des Liquors 416.
Stern, C., Trübungsreaktionen bei Syphilis mit klaren Medien 876.
Sternberg, A. s. Amelung.
— — Wismutschädigung der Haut 749.
— C., Lehre von den Geschwülsten 187.
— — Pathologie der elastischen Fasern und des kollagenen Gewebes 670.
*Sternthal, Alfred, Spargeldermatiditis 254.
*— — u. Tachau, Paul, Natrium salicylicum bei Psoriasis 405.
Stewart, M. J., Xanthoma und Xantosis 421.
Stief, A. s. Nyirö.

Digitized by Google

Stiner, O., Impfung und Impfgegner 465.
Stöhr, F. s. Mandl.
Stokes, J. H. u. Behn, G. W., Intramuskuläre Sulpharsphenamintherapie 539.
— — — u. Des Brisay, H. A., Verlauf unbehandelter Syphilis 143.
Stolz, Charles E., Hydroureter 185.
— E. s. Pollitzer.
Stordeur, K., Röntgenschädigung 353.
— — Therapie der Pilzerkrankungen des behaarten Kopfes 461.
Stoye, W., Wismut bei Lues congenita 564.
Stransky, E. s. Grosz.
Straßmann, P., Harnleiterverlegung bei Schwangeren 184.
Strauß, H., Ernährungsprobleme bei Nierenkranken 844.
Strauss, A., Einfluß der Prostatektomie auf die Fruchtbarkeit der weißen Ratten und Erfolge der künstlichen Befruchtung 195.
— O. u. Rother, J., Strahlenwirkung auf das vegetative System 316.
Strempel, R. s. Armuzzi.
— — Kultur der Gonokokken 883.
— — u. Armuzzi, G., Histopathologie der Wismutstomatitis 30.
Stricker s. Pautrier.
Strominger u. Bera, Asthma genitale 226.
Strughold, H., Schmerzpunkte der Epidermis in den verschiedenen Körperregionen 233.
Strumia, M. M., Experimentelle Acne varioliformis 391.
Stuhl, C., Krysolgan bei Tuberkulose 494.
Stühmer 764.
Stulz, E. s. Roederer.
— — u. Fontaine, R., Filaria medinensis 28.
*Stümpke, Gustav, Ätiologie der Acne vulgaris 45.
Stutz, G., Tuberkulose und Dermographismus 107.
Suchareff, W., Physiotherapie einiger Hautkrankheiten 348.
*Sudhoff, Karl, Historische Fixpunkte im Bekanntwerden der Syphilis 361.
Suckmann, Generalisierte Psoriasis vulgaris 660.
— L. s. Nobl.
Sußmann, Angiofibrom mit Übergang in Angiosarkom 178.
Susaki, K., Diffuse Sklerodermie 71.
Sussig, L., Männliche Genitaltuberkulose 195.
Sutejew, Bekämpfung der Gonorrhoe der Kinder 102.
Sutejeff, Klirikow u. Wainstein, Acanthosis nigricans 225.
Sutton, J. C., Vincentsche Angina während einer antiluetischen Kur 760.
Sysak, N., Primäres Sarkom der Kopfhaut 759.
Szabó, J., Operative Behandlung der Nebenhodenentzündung 890.
Szarvas, A., Pellagrafälle 730.
Szentkirályi, S., Bismutpräparate in der Praxis 881.

*Tachau, Paul s. Sternthal.
Tadenumo, K. s. Händel.
Tagawa, M., Oedema cutis circumscriptum acutum 71.
Takahashi, A., Kapillarmikroskopie 71.
— — Nierenfunktionsprüfungen und Nierenoperationen 785.
— — und Takenouchi, T., Favus an unbehaarten Körperstellen 262.
— S., Experimentelle Untersuchungen der Harnantiseptika 784.
— Sh. s. Kawasaki.
Takasaki, S., Yaws 874.
Takemura, T., Sporotrichose 70.
Takenaka, S., Serologische Untersuchungen bei experimenteller Syphilis 559.
Takenouhi, T., Reaktion der Haut auf Ultraviolettstrahlen bei Hydroa vaccineiforme 71.
Takenouchi, T. s. Takahashi.
Takeuchi, Y., Blutbild nach Salvarsanadrenalin 559.
Tanimura, Ch., Granuloma annulare 452.
— Chuho, Lupus vulgaris disseminatus postexanthematicus 753.
— — Pathogenese des Lupus pernio 753.
— T., Idiopathische Teleangiektasien 70.
Tateishi, Über Meyers Nierenfunktionsprüfung mit Phenolsulphophthalein 70.
Tenckhoff, B., Eigenblutbehandlung 689.
Tenenbaum, J. L., Myeloische Leukämie der Haut 390.
Terplan, K. s. Neubürger.
Terracol s. Canuyt.
Terris, E. s. Schulmann.
Teschler, L. s. Karczag.
Testut, Léon 672.
Thedering, F., Grundlagen natürlicher und künstlicher Samenbehandlung 699.
— Fr., Ideenbewegung, Naturgesetze und Hypothesen 317.
— — Röntgenbehandlung mit kleinsten Dosen 319.
Thévenot, Léon, Die Blase bei wegen Tuberkulose Nephrektomierten 606.
Thibaut s. Louste.
Thibièrge, G., Die Arbeit Joseph Rollets über die Syphilislehre 817.
— — Gerichtliche Medizin und die Kunst, die Daten festzustellen 639.
— — Neuzeitliche Lehren über Syphilis 452.

Digitized by Google

Thibièrge, G., Traumen und Hautsyphilide 818.
Thiemes, C. H. s. Kingery.
Thiodet s. Gillot.
Thomas, B. A., Behandlung der Lues I und II 857.
— — — Blasenblutungen 605.
— Benjamin, A. u. Harrison, F. G., Neueres über WR 68.
— — — — Mras, John, M., Blasensyphilis 185.
— — — — Thompson, D. C., Hydrozele des Nebenhodens 631.
— E., Extensives Wachstum kleiner Angiome beim Wachstum 353.
— — u. Delhougne, E., Spitzenpigment der Kinder und andere Pigmentierungen 400.
Thompsen, D. C. s. Thomas.
Thomsen, O. u. Jensen, V., Übertragung von Milzbrandinfektion durch Rasierpinsel 398.
Thurzo, E., Bekämpfung der Nebenwirkungen des Salvarsans und der Linserschen Mischtherapie 857.
v. Thurzo, E., Intravenöse Injektionen undurchsichtiger Lösungen 40.
Tichomirow, Gono-Yatren bei Epididymitis 311.
Tillmann, G., Maligne Röntgengeschwüre und ihre Heilung 353.
Timm, H. A. s. Plaut.
Tissier, P.-L., Fistula ani, Rolle der Tuberkulose und Syphilis 232.
Tissot s. Gastou.
Titze, Maul- und Klauenseuche, Experimentelles 457.
Tobler, W., Bedeutung der Phagozytose 668.
Tomasone, U., Angiokeratoma Mibelli 491.
Tomkinson, J. G., Alopecia areata und Strabismus in Familien 460.
Tonnet, J., Ambardsche Harnstoffausscheidungskonstante 892.
Török, L., Pathogenese der Entzündung 345.
— — u. Rajka, E., Experimente zur Pathogenese der Urtikaria und akuten Dermatitis 725.
Towle, H. P., Meine Idealklinik für Hautkrankheiten 389.
Townsend, E. M. s. Williamson.
Truffi, M., Teergeschwülste bei der Maus in sukzessiv behandelten Zonen 426.
*Trýb, A., Viktor Janovsky † 623.
Tschestakow s. Sachnowskaja.
Tschimanko, Veränderungen der Hautallergie durch physikalisch-chemische Mittel 102.
Tschranoff, Dermatitis reticularis 489.
Tsuda, Seiji, Hämatogene Prostatatuberkulose 196.
Tsuguki, K. s. Matsulara.
Tulchinsky, J. s. Raiziss.
Turley, Louis A., Fibrose der Glomeruli bei chronischer Nephritis 68.
Turpin, R. s. Loeper.

Überschär, Tuberculosis miliaris ulcerosa der Mundschleimhaut 717.
Uhlenbruck, P., Plethyomographische Untersuchungen am Menschen 666.
Uhlenhuth, P., Kuhn, Ph. u. Schmidt, H., Neues trypanozides Antimonkomplexsalz (Heyden 661) 277.
Uhlmann, R., Proteinkörperwirkung und Sympathikus 272.
Ullmann, Acne indurata 223.
— — varioliformis 842.
— K., Arsentherapie, biochemische Tatsachen 276.
— Atropin- und lokale Arsentherapie bei multiplen Warzen 177.
— Hodentuberkulose, Vorzug der Röntgenbehandlung gegenüber chirurgischer 663.
— Lichen ruber, eine Infektionskrankheit 223.
— Lupus erythematodes mit Krysolgan behandelt 662.
— Psoriasis vulgaris neben urtikariellem Exanthem 223.
— Soormykose der Mundschleimhaut 842.
— Tokiodermie durch Paraphenylendiamin 139.
— Unbehandelte Syphilis 181.
— Urtikarielle Berufsdermatose 842.
Untersteiner, R., MTR, Neue Anwendung in der Liquordiagnostik 341.
Urbach, Elephantiasis papillomatosa circumscripta 659.
— Erworbene diffuse idiopathische Hautatrophie kombiniert mit makulöser Atrophie 659.
— Fixes Chininexanthem 139.
— Netzförmige Pigmentierung mit Narben nach Termophoreinwirkung 180.
— E., Pathogenese der Idiosynkrasien 752.
— Scleroderma circumscriptum 178.
Urban, F., Erythema multiforme mit seltener Lokalisation 347.
Ustinowski, Silbersalvarsanbehandlung der Syphilis 561.
Ustinowsky, Hautsarkoide 809.
Uteau, Fibroadenom 808.
— Prolaps der Harnleiterschleimhaut 808.
Utz, F., Protargol, Kollargol und deren Ersatzprodukte 37.

Valentin s. Cheramy.
Valette, A. s. Merklen.
Vallery, P., Krief, J. u. Jaquemaire, J., Dermographismus 75.

Digitized by Google

Vas, B., Vergleichende Serum-Luesuntersuchungen 856.
Vaudremer, A., Bakteriotherapeutische Versuche bei der chirurgischen Tuberkulose 468.
Vegni, R., Experimenteller Beitrag zur Frage der Herpesinfektion 355.
Veiel, F., Teerkrebs beim Menschen 752.
Venturi, T., Eosinophilie bei Skabies 103.
Versari, A., Färbung des Bazillus Hansen (Lepra) 466.
— — Wismutbehandlung bei Psoriasis vulgaris 396.
Vilanova, H., Akute Wismutvergiftung 593.
Viets, H. R. s. Solomon.
Vill, Karzinom am Nasenflügel 381.
— Pyotropinbehandlung des Lupus vulgaris 380.
Villain, G. s. Weil.
Vischer, D., Typhus abdominalis und Lues congenita im Säuglingsalter 110.
Voelcker, F., Behandlung der Harnröhren-Mastdarmfistel 182.
— — Kolibakteriurie, Behandlung 892.
— — Psikain in der Urologie 607.
— — Sklerose des Schließmuskels 888.
Vogelsang, A. D. s. Harpester.
Vogt, E., Allgemeinwirkung der Röntgenstrahlen 315.
Vogt, E., Das gynäkologische Röntgenkarzinom 43.
— — Intravenöse Urotropintherapie der Harnverhaltung 632.
Voigt s. Görl.
Volk, Lupus erythematodes disseminatus 137.
— R. u. Bujan, R., Behandlung des Lupus vulgaris mit Ektebin 755.
Völckers. H. s. Blühdorn.
Vollbrandt, A., Retentio testiculi bei Säuglingen und Kleinkindern 196.
Vollmer, H. s. Hizume.
— — u. Schmitz, A., Biologie der Haut; Säure-Basengleichgewicht, Leukozytensturz nach Intrakutaninjektion 671.
Vonderlehr, R. A., Mischinfektion von Syphilis und Ulcus molle 147.
Vörner, H., Kenntnis der Nävusnatur 901.

Wachtel, H., Karzinomerblichkeit 424.
Wahl, S. A. s. Gerstenberger.
Wainstein s. Sutejeff.
Wakamutso, M., Störungen der Wärmeregulation durch Antipyretika 306.
Waldmann, E. s. Alker.
Walker, N., Lepra, behandelt mit Impfstoff aus Knoten 466.
Wallgren, A., Hamburgers perkutane Tuberkulinreaktion 467.
Walther, H. W. E. u. Peacock, L. C., Diathermie 602.
v. Wassermann, August, 568.
Wassiljeff, A., Syphilis der Prostata 311.
Wassiljew, A., Wucherungen in der männlichen Harnröhre als Folge chron. Entzündung 877.
Wassmund, M. s. Langer.
Watkins, W. W., Behandlung der Tonsillenerkrankungen 458.
Watrin, J., Erysipelas perstans 101.
— — Tertiäre Syphilide, 16 Jahre bestehend, gleichzeitig mit sekundären, akneiformen 595.
— — s. Drouet.
Watrin s. Spillmann.
Watrin, J., Wismutstomatitis 101.
Watson, G. A. s. Bigland.
Wätzold, P., Entstehung des Pigments 451.
Weatherwax, J. L. s. Leddy.
Weber, F. P., Pemphigus auf Mund und Larynx 228.
— — — Xanthome der Haut und anderer Körperteile 32.
— — — Xanthose bei Diabetes 453.
— Parkes u. Gray, A. M. H., Chronische, rezidivierende Polydermatomyositis mit vorherrschender Veränderung des subkutanen Fettes 387.
Wechselmann, W., Giftigkeit des Salvarsans 483.
— — Verbesserte Methode der Lumbalpunktion 536.
Weeber, R., Malariablutkonservierung 881.
Weichardt, W., Theoretische Grundlagen der Proteinkörpertherapie 38.
Weidmann, F. D., Akute Metaplasie von Schweißdrüsengangepithel bei akuten Eiterungen 147.
— s. Dillard.
Weil, M. P. u. Villain, Fehlen fast aller Zahnbälge der bleibenden Zähne bei kongenitaler Syphilis 851.
— — — — Weismann, R., Subkutane Kalkkonkremente und Insuffizienz der Thyreoidea und der Ovarien 590.
Weill s. Calmette.
Wein. Methode der sanitär aufklärenden Arbeit, 487.
— R. F., Steinachsche Operation beim Senium praecox 891.
Weis, W. s. Luger.
Weisbach, W., WR und Ausflockungsreaktionen 190.
Weiskopf, R., Reargon bei Gonorrhoe 600.
Weismann, R. s. Weil.
Weiss, R. F., Altersbekämpfung mittels Keimdrüsenpräparaten 634.
— R. S. u. Conrad, Häufigkeit der Syphilis in Washington und Beziehung zu den Lebensverhältnissen 307.

Digitized by Google

Weissenberg, S., Geschlechtsleben des russischen Studententums der Revolutionszeit 634.
Weitgasser, Schlußwort zu den Bemerkungen Heymanns über Arbeit „Stovarsol" 539.
Welfeld, J., Tuberkulose des Harn-Genitalsystems beim Manne 483.
Wertheim, Akrodermatitis atrophicans 664.
— Parapsoriasis lichenoides 659.
— Pityriasis lichenoides 177.
— — versicolor mit Höhensonne bestrahlt 178.
— Trichoepitheliom und Syringozystadenom 659.
Weselow, A., Lokale Behandlung der gonorrhoischen Vaginitis im Institut zu Moskau 877.
Westenhöfer, M., Geschichte der Okzipitalinzision und -punktion 536.
Westphal, U., Cohnheimscher Entzündungsversuch 268.
v. Westphalen, F., Haarerkrankungen 749.
Weyl, L. s. Starobinsky.
Weyrauch, F., Spätflockungen bei der Dold-Reaktion 788.
Whichard, M. P., Glovers Mangekur bei Erkrankungen der Kopfhaut oder Haarausfall 280.
White, D., Geschlechtskrankheiten bei Männern und Frauen, Statistik 907.
Whitmann, W. A., Silbersalvarsan, Vergleich mit Neosalvarsan 561.
Whitmore, E. R., Sarkoid mit Infektion der Tonsillen und des Zahnfleisches 560.
Wichels, P., Therapie der Plaut-Vincentschen Erkrankungen der Mundhöhle 458.
*Wiede, K., Normale und pathologische Anatomie der männlichen Harnröhrenschleimhaut 793.
Wiegand, O., Perkutane Behandlung der Furunkulose mit „Staphimun" 729.
Wiener, H. s. Laqueur.
Wiener, K., Beziehungen der Genitalorgane zu Hautveränderungen 190.
— — Korymbiforme und kokardenförmige Psoriasis 754.
Wiese, O., Tuberkulose, TbWR 468.
Wigley, J. E. M. s. MacLeod.
— — — — Erythema multiforme nach postskarlatinöser Nephritis 787.
Wildbolz, H., Tuberkulöse Nephritis und Nierentuberkulose 183.
Wile, U. J., Familienbeobachtung von ichthyosiformer Erythrodermie 308.
Wilentschuk, Refraktäre Fälle der Syphilis 537.
Wilhelm, L. F. H., Duodenalspülung bei Ikterus während Syphiliskur 308.
Williams, A. W., Pityriasis rubra pilaris 453.
Williams, Ch. M. u. McGregor, J. A., Rhus toxi-codendron bei Efeuschädigung 308.
Williamson, Th. V. u. Townsend, E. M., Bilharziasis der Harnblase 195.
Wills, W. K. u. Hadfield, Mycosis fungoides 812.
*Winkler, F., Amylnitrit in der Dermatologie 243, 293.
*— Ferdinand, Leuchtvorgänge an der menschlichen Haut und Beziehungen zum Talgstoffwechsel 20.
— F., Vanadiumtherapie 904.
— — W., Variola- und Vakzineimmunität 104.
Winstel, A. s. Spillmann.
Wirz, F., Iontophoretische Anästhesie 276.
Wise, F. s. Fordyce.
Wiškovský, B., Ösophagotrachealwand, Gumma, Zerfall, Kommunikation 145.
Wittenberg, S. S. s. Fisher.
Wittgenstein, A. u. Brodnitz, F., Häufigkeit der syphilitischen Herz- und Gefäßerkrankungen 497.
*Wohlstein, Emanuel, Symptomatologie der chronischen Prostatitis und Spermatozystitis, Prophylaxe und Behandlung 256.
Wolbarst, A. L., Hartnäckige Gonorrhoe 309.
Wolf, Ichthyosis 136.
— Lokale embolische Bismutschädigung 840.
— Psoriasis guttata 138.
— M., Leberfunktionsproben bei Lues und Verhütung von Salvarsanschäden 342.
— — s. Merklen.
*Wolff, C., Intravenöse Bromtherapie 116.
— S., Masernprophylaxe mittels Normal- bzw. Elternserum 764.
Wolfsohn, G., „Integrale" Therapie infizierter Wunden 359.
Wollheim, J. L., Neue Nadel zur intravenösen Injektion 278.
Wood, F. C., Wirkung von Strahlen verschiedener Wellenlänge auf Tumoren 694.
Woods, A. C. u. Moore, J. E., Sehstörungen durch Tryparsamid 859.
Worms, Experimentelle Untersuchungen mit Stovarsol 538.
Wrede, F., Die aus dem menschlichen Sperma isolierte Base Spermin 891.
Wright, C. S. s. Greenbaum.
— — — Hg-Exantheme 308.
Wüllenweber, G., Liquor cerebrospinalis, Verwendbarkeit bei Blutbeimengung; Genese der Mastixkurve 535.

Yamauchi, M., Epithelwucherungen nach Gewebsschädigungen 269.

Digitized by Google

Yamada, S., Porokeratosis der Mukosa 71.
Yamaguchi s. Hirota.
Yoneyama, Y., Kongenitale Säuglingssyphilis und diagnostische Zuverlässigkeit der serologischen Reaktionen 306.
Young, H. H. s. Hill.
— — — Scott, W. W. u. Hill, J. H., Merkurochrom per os als Urin- und Darmantiseptikum 633.
— — u. Birkhaug, K., Erysipel und Streptokokkensepsis nach Scharlach, Merkurochrom 220, bei — 463.
Yovanovitch, Dj., Stovarsol 859.

Zakarias, L., Kolloidsalbe „Physiol" 278.
— — Reargon als Antiseptikum 600.
Zaroubine, V., Ergebnisse der syphilitischen Forschung 592.
Zborilek, O., Neotrepol bei Erwachsenen 146.
v. Zeissl, Maximilian 280.
*— — Max †, Frühwald 519.
Zenin, Gitterfasern in den Hautsyphiliden 33.
Zerkowitz, F., Lichen ruber mit bemerkenswerter Schleimhautbeteiligung 344.
Ziel, R., Blattern und Seuchenbereitschaft 464.
Zieler, Acrodermatitis chronica atrophicans 380.
— Blastomykose der Haut 383.
— K., Grundlagen der modernen Behandlung des Trippers 843.
— Lymphogranulomatose 383.
— Pemphigus vegetans 384.
— Sarkoid Boeck 383.
— Wahrscheinliche Sporotrichose 383.
Zielke, H., Spirochäten im Lochialsekret der Wöchnerinnen 112.
Zinn, F. W., Ulcus-cruris-Behandlung 422.
Zimmer, A., Von der unspezifischen parenteralen Proteinkörpertherapie zur regulativen Reiztherapie 274.
Zimmerlin, Pityriasis rubra pilaris 28.
Zirn, Trichophytie 785.
v. Zumbusch, L., Behandlung der Spätsyphilis 537.
— — — Verbilligung der Behandlung der Geschlechtskrankheiten 636.
— — Leo s. Riehl.
Zweifel, E., Kein Röntgenkater mehr 696.
— P. u. Payr, E., Klinik der bösartigen Geschwülste 35.

Digitized by Google

Digitized by Google

Digitized by Google

Digitized by Google

UNIVERSITY OF CALIFORNIA
Medical Center Library

THIS BOOK IS DUE ON THE LAST DATE STAMPED BELOW

Books not returned on time are subject to a fine of 50c per volume after the third day overdue, increasing to $1.00 per volume after the sixth day. Books not in demand may be renewed if application is made before expiration of loan period.

5m-3,'47(A2646s2)4128

Digitized by Google

St

v.80 Dermatologische wochenschrift.
1925 79984

79984

Digitized by Google

Digitized by Google